B 245

22500023382

MÉMOIRES

DE LA

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

DE PARIS

TOME DEUXIÈME

PARIS
CHEZ VICTOR MASSON, LIBRAIRE,
Place de l'École-de-Médecine, 17.
1851.

8

MÉMOIRES

DE LA

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

DE PARIS

Paris. — Imprimerie de L. MARTINET, rue Mignon, 2.

MÉMOIRES

DE LA

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

DE PARIS.

TOME DEUXIÈME.

PARIS
CHEZ VICTOR MASSON, LIBRAIRE,
Place de l'Ecole-de-Médecine, 17.

M DCCC LI.

WELLCOME INSTITUTE
LIBRARY

Coll.	[illegible]
Coll.	
No.	

MÉMOIRES

DE LA

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

DE PARIS.

POLYPES UTÉRINS

L'UN D'EUX

EXPULSÉ A TRAVERS LA PAROI ANTÉRIEURE DE L'UTÉRUS

ET EN VOIE D'EXPULSION A TRAVERS LA PAROI ABDOMINALE,

Par J.-N. LOIR,

Membre titulaire des Sociétés de Médecine et de Chirurgie de Paris, etc.

Mémoire lu à la séance du 18 août 1847.

CONSIDÉRATIONS PRÉLIMINAIRES.

Le cas de polype utérin dont il va être question est peut-être unique dans la science. Deux faits seulement pourraient avoir quelque analogie avec celui-ci.

1° Le fait cité par M. le professeur Roux, dans son mémoire sur les corps fibreux de l'utérus, où il s'agit d'une tumeur volumineuse de cette espèce, qui, au lieu de descendre par le vagin, avait rompu en haut la paroi postérieure de ce canal, et était venue s'enchâtonner entre lui et l'intestin rectum;

2° Le fait rapporté par l'infortuné Bérard, d'un polype utérin qui fut expulsé à travers le périnée.

L'observation qui fait le sujet principal de ce travail offre d'autant plus d'intérêt qu'elle met en évidence, d'un côté, les véritables indications dans le cas de polype intra-utérin et les inductions qu'on doit en tirer pour la thérapeutique ; de l'autre, les efforts que la nature elle-même fait pour leur expulsion, et la manière rationnelle dont elle procède pour arriver à son but.

Elle fait aussi ressortir les différences qui existent, quant à leur structure et à leurs effets, entre les corps fibreux et les polypes proprement dits, ou cellulo-vasculaires. Les corps fibreux sont le plus souvent extra-utérins ; ils sont remarquables par leur texture fibro-celluleuse, par leur innocuité, par leur tendance à rester stationnaires ou à passer à l'état osseux (1). La vie chez eux est peu active ; il leur suffit de la circulation la plus minime pour vivre, ils s'enkystent facilement et ne se gangrènent pas.

Les polypes proprement dits sont des productions essentiellement intra-utérines, c'est-à-dire qu'ils prennent leur développement du côté de la surface muqueuse, dont la vascularité leur imprime les caractères qu'ils présentent le plus communément. A raison de leur nature cellulo-vasculaire, ils ont besoin pour vivre d'une circulation très active ; les moindres obstacles à cette circulation dennent lieu à des hémorrhagies, et rendent ces polypes susceptibles de se gangrener, même au milieu des tissus vivants, et d'exposer à tous les accidents de la gangrène.

Mais, chose remarquable, ils déterminent, comme dans la grossesse, l'hypertrophie des parois de l'utérus et le développement de la vascularité de cet organe, et ils donnent naissance, lorsqu'ils ont acquis un certain développement, à des symptômes qui ont une ressemblance incontestable avec les phénomènes

(1) *Clinique de Dupuytren*, t. III, p. 474, 1re édit., et t. IV, p. 291 et 298, 2e édit. Fait communiqué par J.-N. Loir, lorsqu'il était interne dans le service du professeur Dupuytren. (Extrait de ses recherches sur les corps fibreux de l'utérus.)

qui précèdent, accompagnent ou suivent l'avortement véritable, tels que : hémorrhagies, contractions utérines, expulsion d'un corps plus ou moins volumineux, accompagnée ou suivie de tous les accidents qui peuvent en résulter, et donnant lieu souvent aux mêmes indications thérapeutiques.

Comme sommaire des faits, dans le détail desquels je vais entrer tout à l'heure, je commencerai par exposer ici qu'il s'agit :

1° D'*un petit polype pédiculé* encore intact, faisant saillie dans la cavité du col utérin.

2° D'*un polype pédiculé*, dont l'extraction a été faite par le vagin, et dont on voit encore les restes du pédicule.

3° D'*un polype volumineux* distendant la paroi antérieure de l'utérus trop peu résistante, la traversant, après l'avoir déchirée, éraillée ou gangrenée, se gangrenant lui-même et venant faire saillie à l'hypogastre à travers la paroi abdominale qui est, à son tour, frappée de gangrène, la nature ayant presque tout fait pour la guérison de la malade.

PREMIÈRE PARTIE.

Histoire de la maladie.

La nommée Guesselin, maîtresse blanchisseuse, née à Paris, femme d'une forte et bonne constitution, d'un caractère assez violent, est âgée de cinquante et un ans. Mère de sept enfants, elle a eu le dernier à l'âge de quarante-trois ans. Ses couches ont toujours été heureuses. A quarante-six ans, les menstrues, qui, jusque-là, avaient toujours été régulières et assez abondantes, s'arrêtèrent pour reparaître deux années après, d'une manière fort inégale, à deux, trois, quatre, cinq mois d'intervalle. A cette époque, la malade dit avoir commencé à éprouver de la gêne et parfois des douleurs dans le bas-ventre. Plus

tard les métrorrhagies devinrent de plus en plus abondantes; elles s'accompagnèrent de coliques, et finirent, dans ces derniers temps, par devenir continuelles. Ce fut alors que la malade, se plaignant toujours de souffrir, crut remarquer que son bas-ventre était le siége d'une tumeur dure et indolente, profondément située. Peu attentive à son mal, dont elle soupçonnait à peine l'existence, elle n'en continua pas moins de se livrer à des occupations pénibles. De ce que ses fonctions digestives se faisaient bien, elle se persuadait qu'elle n'était pas malade et que sa santé n'était nullement altérée. Insensiblement les métrorrhagies l'avaient affaiblie d'une manière trop évidente pour qu'elle pût se dissimuler encore sa véritable position. Ce fut alors qu'elle songea à se traiter.

Plusieurs médecins furent appelés; ils ne continuèrent pas leurs visites, croyant sans doute à l'existence de quelque affection organique de l'utérus très avancée et au-dessus des ressources de l'art. Un jour une métrorrhagie survint. On appela une sage-femme qui, faisant l'extraction de quelque gros caillot, prétendit l'accoucher d'une môle, expression vague servant souvent à masquer l'ignorance. Cependant l'état de la malade s'aggravant, je fus appelé par la famille à lui donner des soins.

Le 12 mai 1847 je la vois pour la première fois.

L'état général est très satisfaisant, quoique l'embonpoint ait diminué; il n'y a pas d'amaigrissement. Les forces ne sont point épuisées, la face conserve de sa coloration, il existe cependant une légère teinte jaunâtre. Le pouls est plein, non dépressible, sans chaleur à la peau, sans fréquence. Toutes les fonctions respiratoire, digestive, etc., s'exécutent avec régularité.

L'abdomen est souple, non ballonné, nullement douloureux à la pression partout ailleurs qu'à l'hypogastre. Au-dessus du pubis l'on sent profondément, sans aucune altération de la peau,

une tumeur bien arrondie, sans bosselures, offrant plus que le volume des deux poings, se durcissant davantage par moment. Elle paraît évidemment constituée par l'utérus dilaté, et qui, sans l'âge avancé de la malade, semblerait être le siége d'une grossesse. Par le toucher, il est facile de reconnaître la dilatation du corps de l'utérus ; mais il est impossible de constater l'état véritable du col. La partie supérieure du vagin est occupée par un corps mou, dans lequel on peut enfoncer le doigt; et ce doigt retiré est imprégné d'une sanie à la fois blanchâtre et brunâtre, répandant une odeur fétide. Je prescris des injections faites avec l'eau de guimauve, légèrement chlorurée et à la température ordinaire. J'ordonne à la malade de garder le lit. Ma première pensée est qu'il s'agit d'une dégénérescence cancéreuse avec fongosité du col de l'utérus déjà fort avancée.

Il est bon de dire dès à présent que la malade est fort peu docile. Cependant je puis, du 17 au 31 mai, l'examiner à plusieurs reprises par le toucher et au spéculum. Au toucher je trouve le fond du vagin rempli par une masse assez ferme, lisse, résistant à la pression du doigt, au-dessus et tout autour de laquelle on sent le corps de l'utérus dilaté. Dans quelques points, je crois reconnaître un bourrelet peu saillant qui paraît être le col dilaté et effacé, ayant sa consistance et son état naturels. Par l'examen au spéculum, j'aperçois un corps d'un brun rougeâtre, sans apparence squirrheuse, ni encéphaloïde. La surface de tout ce qui appartient aux parois du vagin et du col de l'utérus a des apparences tout à fait normales, les cloisons recto et vesico-vaginales sont dans l'état le plus complet d'intégrité. Le col n'offre aucune espèce d'altération ni d'engorgement, et la masse remplissant le vagin se présente évidemment comme une production anormale provenant de la cavité utérine. J'acquiers la certitude qu'il s'agit d'un polype de l'utérus. J'en préviens les parents, en leur faisant toutefois observer qu'il serait possible

que la maladie fût compliquée d'une affection cancéreuse; que, s'il s'agit d'un simple polype, la maladie est susceptible de guérison.

Le 5 juin, je parviens à entourer la partie la plus profonde de la tumeur à laquelle je puisse atteindre, d'une ligature que je portai à l'aide du doigt et d'un porte-ligature, et que je serrai à la faveur du serre-nœud de Desault. Par le moyen de cette ligature ainsi placée, et des doigts qu'il m'est possible en même temps d'introduire dans le vagin, je saisis la tumeur d'une manière solide; elle me paraît assez mobile. En cherchant à l'attirer en bas pour placer la ligature plus haut, je lui imprime des mouvements de torsion, de traction, etc., et sous l'influence de ces tentatives la tumeur se détache, et est extraite séance tenante. Le tout présente le volume d'un gros œuf de poule. Aucune hémorrhagie ne survient.

A compter de ce moment, la malade a soin de faire des injections. Les pertes foudroyantes cessent. Il n'y a qu'un simple écoulement sanguin intermittent à quelques jours d'intervalle.

Le 12, je reconnais positivement au toucher que le col est sain. Il est revenu sur lui-même. Je sens à travers son orifice béant une autre tumeur volumineuse contenue dans la cavité utérine, dont il est facile aussi de constater la dilatation. Du reste, le volume de la tumeur, occupant la région hypogastrique, n'a pas sensiblement diminué. (Soins de propreté, injections).

Le 19, je m'attendais à trouver l'orifice du col tout à fait dilaté et le polype saillant dans le vagin; mon espérance était d'autant plus fondée, que le corps de l'utérus, depuis le 12, avait toujours été le siége évident de contractions utérines. Les coliques que la malade éprouvait par moment étaient assez fortes, intermittentes, et survenaient à des distances assez rapprochées. (Je ne crois pas devoir exécuter la pensée qui m'était venue de recourir à l'emploi du seigle ergoté.)

Au lieu d'être dilaté, le col est revenu encore plus sur lui-même, il ne peut recevoir le doigt; au lieu de la tumeur unique, bien arrondie, bien limitée, qui s'élevait dans l'hypogastre, se rencontre un gonflement plus volumineux, vaguement circonscrit, très sensible à la pression, et venant soulever immédiatement au-dessus du pubis la paroi abdominale et la peau, qui commence elle-même à rougir. Au-dessus et derrière ce gonflement, à travers la paroi abdominale, qui est souple et moins sensible à la pression, on reconnaît plus profondément dans l'abdomen, une tumeur dure, arrondie, parfaitement circonscrite, du volume du poing, bien moins sensible à la pression que le gonflement de l'hypogastre. L'abdomen est souple, sans ballonnement, exempt de sensibilité dans tout le reste de son étendue. L'état de la malade n'est plus aussi satisfaisant que les jours précédents. Le pouls est petit, fréquent. Il y a des nausées qui se renouvellent assez souvent, et qui sont accompagnées de vomissements. Inappétence complète; la malade prend à peine quelques aliments liquides, tels que lait, bouillons. Elle éprouve des frissons. Je crois au développement incessant d'une métrite ou d'une péritonite avec tous les symptômes de la phlébite et de la résorption purulente.

Pendant les quinze jours suivants, la tuméfaction de l'épigastre augmente sensiblement, la peau rougit et se tend davantage, elle devient d'un rouge brun. Il se forme des phlyctènes, auxquelles ne tardent pas à succéder trois escarres noirâtres, l'une plus considérable, pas tout à fait de la grosseur d'une pièce de 5 fr.; ces escarres durcissent de plus en plus, et dès qu'elles commencent à se détacher, il s'écoule une sanie à la fois purulente et noirâtre, fétide. Cette sanie, qui n'a pas l'odeur de la gangrène, continue à couler à chaque pansement d'une manière abondante. En même temps j'observe qu'un engorgement de nature phlegmoneuse se prolonge vers les fosses iliaques,

particulièrement à droite, et paraît annoncer que des fusées purulentes pourraient bien avoir lieu dans le tissu cellulaire sous-péritonéal de ces régions. Il ne se manifeste aucun trouble du côté des voies urinaires et intestinales ; l'excrétion des urines de même que les selles continuent à avoir lieu comme à l'état normal.

Le 6 juillet, les escarres sont détachées, et l'on peut déjà apercevoir, au-dessous d'elles, un corps noirâtre, paraissant avoir le volume des deux poings. La malade prétend qu'elle est soulagée ; elle est pleine de confiance dans *cette ouverture d'abcès* pour sa guérison. L'hypogastre est toujours douloureux à la pression, mais il n'y a plus de coliques comme autrefois. (Toniques, vin de quinquina, vin de Bordeaux.)

Le 12, l'influence de la gangrène sur la santé générale a fait des progrès rapides ; la face est devenue pâle, jaunâtre, le pouls petit, misérable ; il y a des frissons, des vomissements spasmodiques, que l'on combat avec quelque avantage par l'eau de Seltz. Les matières vomies sont muqueuses ; les selles n'ont éprouvé aucune interruption. Les plaies consécutives à la chute des escarres se sont agrandies et en partie réunies ; elles sont seulement séparées par une languette de peau assez épaisse, qui constitue une bride résistante, tendue sur la masse gangrenée, que l'on voit au-dessous d'elle, et mettant obstacle à sa sortie. J'obtiens de la malade d'opérer la section de cette bride ; je la pratique à l'aide d'un bistouri boutonné. Les lèvres de l'incision s'écartent, et la tumeur gangrenée commence à faire saillie.

Le 14, la saillie que forme cette masse est beaucoup plus grande. Je ne puis faire comprendre à la malade qu'il est urgent de venir à son secours ; cependant j'obtiens, quoique avec peine, d'explorer les parties, siége du mal. Le doigt indicateur porté profondément dans la plaie, et promené autour de la tu-

meur, me fait reconnaître qu'elle est libre et bien isolée. Je sens profondément des parties dures. J'ai l'idée un instant de saisir cette masse et de l'attirer au dehors, mais comme elle est adhérente par sa partie profonde, mon doute sur sa véritable nature et la crainte d'attirer avec elle des portions d'intestin m'arrêtent. La malade s'impatiente, et je me borne à exciser une bonne tranche de sa partie superficielle saisie avec la pince de Museux (pl. II, fig. 2); ce qui se fait sans la moindre douleur. Je cherche ensuite à broyer entre les doigts les parties plus profondes; j'en enlève de nouveaux morceaux; mais la malade ne veut pas me laisser continuer mon extraction, et je suis forcé d'abandonner l'expulsion du reste de la tumeur à la nature. Je panse la plaie à plat, je prescris les lotions avec l'eau chlorurée, et je recommande à la malade de se tenir couchée le plus possible sur le côté.

A dater du 14 juillet, malgré l'emploi des toniques, les forces de la malade s'affaiblissent promptement, le pouls devient misérable. Malgré les plus grands soins de propreté et l'emploi des lotions chlorurées pour les pansements, il existe dans l'atmosphère de la chambre une odeur de gangrène insupportable, dont la malade subit aussi l'influence. La suppuration qui s'opère dans ce vaste foyer, les fusées purulentes qui se sont faites vers les régions iliaques, démontrent la gravité excessive du mal. La malade se plaint surtout d'un sentiment de constriction à la gorge, de nausées, de vomissements, qui lui sont fort pénibles. Elle éprouve dans la région hypogastrique, et au-dessus de la région inguinale, une douleur continuelle qui l'empêche de reposer, et lui arrache des cris. Tout le reste de l'abdomen continue à être indolent, sans ballonnement, sans aucune trace de péritonite. Peu à peu la vie s'épuise, mais les facultés intellectuelles se conservent jusqu'aux derniers moments; les forces sont encore assez grandes pour que la malade

puisse se soulever et se mettre sur le bassin, afin de satisfaire ses besoins. Sa constitution énergique la fait résister longtemps; la mort ne survient que le 31 juillet à une heure du matin (1).

DEUXIÈME PARTIE.

Anatomie pathologique.

§ I. *Description générale des parties malades.*

Une large plaie, ovale de haut en bas, présentant de hauteur 9 centimètres passés sur 7 de largeur, s'observe à la partie antérieure de l'abdomen, au-dessus du pubis (pl. I, B). Ses bords sont arrondis, assez réguliers, recouverts d'une peau d'un rouge violacé, lisse, amincie, doublée par une couche de graisse fort épaisse. A travers cette plaie, on voit faisant saillie une tumeur volumineuse dans un état apparent de gangrène.

Cette tumeur, d'un brun noirâtre, solide, consistante, offrant le volume du poing d'un adulte, remplit la plaie, et s'étend au-dessous de ses lèvres (pl. Ire, A); elle a, par conséquent, des diamètres plus étendus qu'elle; elle est libre dans toute sa circonférence, pédiculée dans sa partie profonde; elle se trouve au milieu d'une sanie grisâtre, répandant une odeur gangréneuse.

A l'ouverture de l'abdomen, on ne rencontre nulle trace de péritonite récente, nul épanchement, nulle fausse membrane, nulle adhérence intestinale. L'épiploon, chargé de graisse, est tendu au-devant des intestins grêles; il adhère dans toute sa largeur aux deux tiers environ du pourtour supérieur de l'ouverture de la paroi abdominale, correspondant à la plaie extérieure. Au-dessous de lui, on trouve l'utérus plus volumineux que le poing. Comme on l'observe après l'opération césarienne, il paraît adhérer immédiatement par sa paroi antérieure à toute

(1) Autopsie, trente heures après la mort.

la circonférence de l'ouverture pratiquée à la paroi abdominale. Ces adhérences sont solides, celluleuses, et résistent à toute traction. Mais si l'on vient à les tendre, en écartant légèrement l'utérus de la paroi de l'abdomen, on voit qu'il existe un intervalle de 35 millimètres au moins entre sa surface externe et cette paroi. L'épiploon, chargé de graisse et replié sur lui-même, paraît entrer pour beaucoup dans la formation de ces adhérences ; car il s'étend de la surface utérine, à laquelle il n'adhère pas directement, à la paroi abdominale, à laquelle il est uni d'une manière intime (pl. II, fig. Ire, J). Cette disposition est importante à noter, pour expliquer le passage ou plutôt le séjour inoffensif du polype dans la cavité péritonéale elle-même.

Le tissu cellulaire sous-péritonéal des régions crurale et iliaque ne laisse apercevoir aucune altération. C'est dans le tissu cellulaire sous-cutané qu'ont lieu de chaque côté les fusées purulentes, qui avaient fait craindre, pendant la vie, un phlegmon des parties profondes du bassin et des fosses iliaques en particulier. Ces fusées se dirigent vers le flanc, en suivant l'arcade crurale ; elles constituent un véritable phlegmon gangréneux où le pus est encore en partie infiltré dans le tissu cellulaire à moitié gangrené. A gauche, la fusée est moins large, bien moins étendue ; son ouverture de communication avec le foyer, qui contient la tumeur, est moins grande. Je crois devoir expliquer cette différence entre ces deux fusées par l'habitude qu'avait la malade de se tenir couchée continuellement sur le côté droit, la ruelle de lit étant à sa gauche.

J'enlevai la pièce pathologique et avec elle les organes génito-urinaires, en sectionnant les pubis, afin d'en faire le sujet d'une dissection attentive. C'est le résultat de cette dissection que je vais exposer maintenant. Pour procéder avec ordre, j'examinerai successivement ce qui a rapport 1° à la matrice, 2° au polype, 3° aux foyers extra-utérins.

§ II. *Dissection des parties malades.*

Utérus.

L'utérus, plus volumineux que le poing, dépourvu de corps fibreux, arrondi et lisse à l'extérieur, sans traces de métro-péritonite, ferme, et revenu sur lui-même comme après l'accouchement le plus naturel, présente un développement remarquable de son tissu musculaire (pl. II, fig. 1re, A et B). La paroi postérieure a 2 centimètres d'épaisseur, le fond 2 centimètres et demi. Cette épaisseur est bien moindre pour la paroi antérieure dans le voisinage du lieu d'origine du polype. De cette disposition est sans doute résulté un défaut de résistance qui explique la distension de la paroi utérine de ce côté, avant sa rupture ou sa gangrène.

La face antérieure de l'utérus vue à l'extérieur présente, dans sa moitié supérieure et gauche, une large ouverture légèrement ovale de haut en bas, ayant 6 centimètres environ de diamètre, circonscrite dans les deux tiers supérieurs de sa circonférence par un rebord saillant, ferme et résistant (pl. II, fig. 1re, D). Ce rebord est constitué par les fibres de l'utérus, qui se sont fortement rétractées pendant la vie; il est interrompu à droite par une échancrure triangulaire, dans laquelle on peut placer l'extrémité du doigt, dont la base est du côté du polype, dont les bords sont bleuâtres, mais fermes, et ont pu être le siége d'une ecchymose antérieure. Cette échancrure pourrait être une déchirure qui s'est opérée pendant la vie, au moment de l'expulsion de la masse polypeuse hors de la cavité utérine. En bas du côté de la vessie, au lieu d'un rebord saillant et dur, on trouve un lambeau de la paroi antérieure de l'utérus s'avançant dans l'étendue de 2 centimètres environ sur le pédicule du polype (pl. II, fig. 1re, C), n'offrant pas à beaucoup près une consis-

tance aussi grande que le reste du pourtour. Son bord libre est assez régulier ; ses fibres sont musculaires et appartiennent à la moitié inférieure de la paroi antérieure de l'utérus. Ses fibres les plus internes et les plus profondes forment le pourtour inférieur de l'ouverture utérine. Ce lambeau présente l'aspect normal du tissu de l'utérus ; seulement il n'est pas ferme, et ne paraît pas être revenu sur lui-même, comme les autres parties des parois utérines. Il se prolonge à droite jusqu'à l'échancrure indiquée plus haut, et à gauche il se continue avec une partie membraneuse appartenant à la couche superficielle de la paroi utérine, et dont l'existence est facile à reconnaître dans tout le pourtour de l'ouverture de la matrice. Ce sont des restes de lambeaux de la paroi utérine. On voit aussi évidemment les fibres du pédicule du polype passer en dedans du rebord de l'ouverture pour aller s'unir plus profondément avec le tissu de l'utérus. L'ouverture interne de la perforation a des dimensions moins grandes que l'ouverture extérieure ; sa circonférence est lisse, sans rebord saillant, disposée légèrement en infundibulum, distincte du pédicule du polype dans ses portions postérieure et droite, et unie intimement avec lui dans sa partie antérieure et gauche. C'est là que le polype prend origine.

La surface interne de l'utérus n'offre aucune altération ; on y voit les pédicules de trois polypes ; sa cavité est tout à fait revenue sur elle-même comme dans l'état normal, et on ne rencontre nulle part des traces de substance squirrheuse ou encéphaloïde.

Envisagée dans son ensemble, la matrice présente réellement deux parties bien distinctes. L'une d'elles nous offre des parois utérines à l'état sain, mais hypertrophiées, fermes, résistantes et fortement rétractées comme après l'accouchement. Ces parois paraissent avoir joué le rôle le plus actif dans l'expulsion lente ou instantanée du polype. C'est cette partie du tissu utérin qui

forme le rebord ferme et saillant de la large ouverture qui livre passage au polype. On y voit des orifices de vaisseaux assez volumineux. L'autre portion de l'utérus a joué un rôle tout à fait passif dans la maladie. C'est sur elle qu'a porté la dilatation de l'utérus; elle commence au pourtour de l'ouverture. Toute l'épaisseur de la paroi utérine ne paraît pas avoir participé à cette dilatation. C'est principalement la couche superficielle ou externe qui a été distendue; mais il ne reste plus que quelques lambeaux de celle-ci; elle a dû céder de bonne heure, ou bien elle a été détruite en grande partie par la gangrène qui a frappé le polype. Quant aux fibres les plus internes, elles se comportent d'une manière qui mérite de fixer toute notre attention. Ces fibres paraissent se prolonger dans le pédicule, et de là dans le corps du polype. On pourrait dire que leur hypertrophie entre pour beaucoup dans la production de la masse polypeuse.

Polypes.

1° On trouve immédiatement au-dessus de la partie supérieure du col utérin un petit polype du volume d'une amande, attenant à la paroi utérine par un pédicule délié (pl. II, fig. 1re, L). Sa situation trop élevée ne l'avait pas rendu sensible pendant la vie. Sa texture est fibreuse; il présente à son intérieur plusieurs centres de fibres de cette nature.

2° Le polype extrait par le vagin, le 5 juin, a le volume d'un gros œuf de poule (pl. II, fig. 3); il est lisse à sa surface, d'un rouge brun assez clair; à l'intérieur, il est constitué par un tissu homogène assez ferme, d'un rouge brique, d'apparence vasculaire, creusé de deux petites cavités, à surface lisse, contenant un peu de sérosité; il présente des fibres rougeâtres, que l'on peut suivre jusqu'au pédicule, et qui offrent quelque analogie avec la fibre musculaire. On voit bien distinctement dans l'u-

térus les restes de son pédicule. Ce pédicule lui est commun avec le troisième polype qui est le plus important, de façon qu'il est permis de se demander s'il n'y aurait point eu primitivement un seul polype, dont une portion serait venue faire saillie dans le vagin (pl. II, fig. 1re, H).

3° Le polype qui a traversé la paroi utérine a plus que le volume du poing d'un adulte, y compris la portion excisée pendant la vie; il est pyriforme, moins voluminenx du côté adhérent. Son apparence est celle du sphacèle, car il est d'un brun noirâtre et répand une odeur de gangrène. Sa surface, bosselée dans plusieurs points, est lisse, à l'exception de la partie qui correspond au segment enlevé, et qui a été écrasée, dilacérée entre les doigts du chirurgien (pl. II, fig. 1re, E) (1). Son pédicule, paraissant déjà fort amoindri, est confondu avec la partie antérieure de la perforation utérine (pl. II, fig. 1re, G). Il se rend à la partie antérieure gauche du fond de l'utérus. Là il prend origine dans l'étendue environ de 2 centimètres carrés (2). De ce pédicule se détache un faisceau de fibres assez volumineux, qui se dirige vers le col : c'est le pédicule du polype précédent.

La partie la plus superficielle du polype a évidemment cessé de vivre; on y trouve des signes non équivoques de désorganisation. Plus profondément son tissu est compacte, uniforme partout, d'un rouge brique foncé. Il est formé de fibres d'apparence musculaire, unies entre elles par un tissu cellulaire très fin. Ces fibres viennent toutes se rendre dans le pédicule du polype et se confondre d'une manière intime avec le tissu de l'utérus dans lequel elles se perdent promptement. Elles paraissent bien se continuer avec les fibres musculaires de la paroi utérine; mais

(1) Voir au 14 juillet de l'observation.

(2) *Nota.* C'est par erreur que, dans la *Gazette des hôpitaux* du 23 novembre dernier, on a fait dire à M. Loir que le polype avait pris naissance dans la paroi postérieure de l'utérus.

les différences que l'on observe pour la couleur, la consistance, tendent à faire reconnaître qu'il pourrait bien aussi exister quelques différences dans leur nature, et empêchent de déclarer d'une manière absolue qu'elles sont les mêmes. Peut-être aussi que la teinte générale d'un brun rougeâtre, qui existe dans tout le tissu du polype, tient à l'état imminent de gangrène ou de putréfaction ; cet état tend à confondre tous les tissus. Les fibres de l'utérus ne sont-elles pas de même nature que les fibres musculaires des autres parties du corps? la décoloration qu'elles présentent peut tenir à la disposition particulière des autres tissus au milieu desquels elles se trouvent.

Toute recherche microscopique est sans résultat. L'alcool employé pour la conservation des parties a coagulél'albumine et confondu les différents tissus, de manière à ne laisser rien distinguer.

Foyers extra-utérins ; leurs rapports.

Le vaste foyer, dans lequel la tumeur se trouvait, est formé de deux parties distinctes, l'une superficielle, extra-abdominale, sous-cutanée (pl. II, fig. 1re, L), l'autre profonde, intra-abdominale (pl. II, fig. 1re, K et KK), séparées l'une de l'autre par une espèce de cloison largement trouée. Cette cloison est constituée par la portion hypogastrique de la paroi abdominale comprenant les muscles droits et les aponévroses des muscles obliques et transverses. Elle fait une saillie bien marquée dans le foyer. La large ouverture qu'elle présente correspond au tiers inférieur de la ligne blanche, à la partie interne des deux muscles droits, aux muscles pyramidaux, dont il ne reste plus de vestiges, et à la partie inférieure des feuillets aponévrotiques des muscles larges. Toutes ces parties ont été comprises dans les escarres. Les muscles droits se voient à nu de chaque côté de l'ouverture, ils sont fort amaigris et recouverts de

productions pseudo-membraneuses assez épaisses. Leur gaîne n'offre pas de traces de suppuration ; des adhérences s'étaient établies sur les limites de la gangrène. En bas, la cloison manque, l'ouverture est complétée par le bord supérieur de la symphyse du pubis, sur laquelle on voit se rendre bien disséquée la portion externe des deux muscles droits.

La partie superficielle du foyer, partie sous-cutanée, est bien limitée en haut et en bas au-dessus de la symphyse pubienne ; mais de chaque côté on voit une large ouverture, par laquelle communiquaient les fusées purulentes indiquées plus haut. La plus grande partie de la masse polypeuse se trouvait dans cette cavité, poussée qu'elle était de dedans en dehors. La partie profonde du foyer est formée dans ses trois quarts supérieurs par les adhérences utéro-pariétales de l'épiploon chargé de graisse, et par des productions celluleuses bien consistantes. Cette partie profonde, examinée avec soin, offre tous les caractères d'une cavité qui, en voie de rétraction, est revenue sur elle-même. Sans doute que dans le principe, avant que l'aponévrose abdominale ne fût atteinte par la gangrène, le polype tout entier y était contenu. Elle est constituée dans les trois quarts supérieurs de sa circonférence, par les adhérences celluleuses et graisseuses qui unissaient la paroi antérieure de l'utérus avec la paroi abdominale. Ces adhérences sont solides, résistantes ; seulement à droite, dans l'étendue de trois centimètres environ, elles étaient moins intimes, de date plus récente, et faciles à détruire par une légère traction du côté de la paroi abdominale. L'épiploon, comme nous l'avons dit plus haut, chargé de graisse, hypertrophié, fait les frais principaux de cette cloison (pl. II, fig. 1re, J) ; on dirait qu'après avoir contracté des adhérences avec la paroi antérieure de l'utérus, il s'est replié pour former la paroi du foyer, et venir adhérer à la paroi abdominale.

Inférieurement, cette partie profonde du foyer se confond, sans ligne de démarcation autre que le rebord de la symphyse du pubis, avec la partie extra-abdominale ou sous-cutanée. Elle se trouve derrière la symphyse et les os pubis, à la place qu'occupe la vessie dans l'état normal; elle est circonscrite par des adhérences celluleuses solides, bien continues, qui ont mis obstacle à toute espèce de fusée purulente dans le bassin. On ne peut reconnaître d'une manière distincte, sur la ligne médiane, le repli du péritoine, qui, de l'utérus, va recouvrir la vessie; de sorte qu'il est permis de se demander si le polype n'aurait pas soulevé, détaché le péritoine de cette région, au lieu de traverser directement la cavité péritonéale. La partie supérieure de la vessie à nu, forme les limites inférieures de cette partie profonde du foyer; mais on aperçoit de chaque côté des restes trop évidents du repli du péritoine, qui va de la base des ligaments larges à la paroi abdominale (pl. II, fig. 1re, S), pour ne point reconnaître que le polype a dû traverser la cavité péritonéale.

La vessie est fortement déprimée sur la ligne médiane (pl. II, fig. 1re, O); sa dépression est rendue permanente par les adhérences celluleuses qui se sont établies pour limiter le foyer du polype. Par l'insufflation on met en évidence que la dilatation vésicale s'est opérée de chaque côté, particulièrement à droite, derrière le trou obturateur et l'ischion; la vessie se trouve refoulée de chacun de ces côtés.

Les organes les plus voisins ne présentent aucune altération. La vessie, à son intérieur, ne laisse apercevoir aucune trace de cystite; les artères épigastriques elles-mêmes, presqu'à nu de chaque côté du foyer, avaient continué jusqu'à la fin de livrer passage au sang; elles sont exemptes de toute espèce de phlogose. L'épiploon, qui a joué un si grand rôle dans la maladie, ne contient aucune trace de foyer purulent. Les intestins ont

leur apparence normale, le foie est sain ; l'estomac seul offre quelques traces d'inflammation.

Une coupe verticale, dans le sens antéro-postérieur sur la ligne médiane, permet non seulement de saisir l'ensemble de la pièce pathologique, le déplacement et les altérations des parties ambiantes, mais encore d'étudier la nature du polype et ses véritables rapports avec l'utérus ; par elle on peut facilement se rendre compte des différents foyers, dans lesquels le polype a séjourné, et du mécanisme de son expulsion à travers la paroi abdominale (1).

DÉDUCTIONS PATHOLOGIQUES.

La nouveauté du fait précédent, son importance pour le diagnostic et la thérapeutique des polypes utérins, m'engagent à ajouter quelques réflexions déduites simultanément et de l'observation de la malade pendant la vie, et de l'examen des parties après la mort. Ces réflexions m'ont paru le complément du fait lui-même.

1° Il n'y a pas eu, à une époque antérieure, d'opération césarienne, qui ait pu faire adhérer l'utérus à la paroi antérieure de l'abdomen, et favoriser le développement et la marche particulière de la maladie. La malade a eu sept enfants, ses couches ont toujours été heureuses. La paroi abdominale s'est d'abord présentée à mon examen dans un état complet d'intégrité ; nulle trace d'éventration ni de hernie, ni d'aucune opération ancienne.

2° Il n'y a point eu d'épiplocèle. L'épiploon n'entre pour

(1) La fidélité des dessins, faits d'après nature par M. Bion, a été constatée par MM. Nélaton et Marjolin, et reconnue par MM. les membres de la Société de chirurgie.

rien dans la tumeur; il est uni, d'une manière bien distincte, du côté du péritoine au pourtour de l'ouverture abdominale par des adhérences celluleuses superficielles; il ne présente aucun indice qui puisse faire croire qu'il a pu être intéressé par la gangrène.

3° Il ne s'agit pas d'un corps fibreux développé à l'extérieur de la matrice, et qui, frappé de gangrène, aurait perforé la paroi utérine en même temps que la paroi abdominale. La succession des symptômes observés, la dissection attentive de la pièce anatomique, la structure du polype, dont le pédicule lui est commun avec le polype sorti par le vagin, rendent cette opinion tout à fait inadmissible.

4° Le polype, dont il est question, a pris naissance dans la portion gauche de la paroi antérieure et dans le côté gauche de l'utérus, il s'est développé dans la cavité utérine; si par sa position actuelle il est extra-utérin, il est par sa structure et par son origine de la nature des polypes intra-utérins, il n'offre aucun caractère des corps fibreux.

Il se présente ici la question de savoir si le polype s'est développé dès le principe à travers le tissu utérin pour faire saillie à l'extérieur; ou bien si, après s'être développé dans la cavité utérine, il a distendu, puis perforé la paroi antérieure de la matrice moins résistante. Dans le premier cas, il s'agirait d'un polype extra-utérin; mais alors, s'il avait pris tout son développement dans l'épaisseur de la paroi utérine elle-même, il aurait dû se trouver tout à fait séparé de la cavité utérine par le feuillet le plus interne de cette paroi. Or, on ne rencontre aucune trace de l'existence de ce feuillet, le polype se présente à nu du côté de la cavité utérine où son pédicule vient se rendre. Dans cette première supposition il y aurait eu altération du tissu de la matrice dès l'origine, et par suite usure, ramollissement et résorption de la paroi utérine. Si l'on admet que le

polype est de nature musculaire, on peut tout expliquer par le boursouflement en dedans et en dehors, par l'hypertrophie partielle des fibres musculaires. D'après les symptômes observés pendant la vie, on ne peut supposer le développement complet du polype dans la cavité abdominale; on est conduit forcément à reconnaître que ce corps a été pour le moins à moitié contenu dans l'utérus, et qu'à une certaine époque de la maladie il en est sorti. Par ce moyen seul on se rend compte de la présence du polype reconnue à l'aide du doigt porté à travers le col, de sa disparition subite, et du changement survenu dans le globe utérin, qui a diminué tout d'un coup, et a été remplacé par un gonflement mal déterminé au-dessus du pubis.

Dans le second cas, le polype aurait pris son développement du côté de la cavité utérine; il aurait dilaté tout l'utérus, mais plus fortement la paroi antérieure, qui aurait offert moins de résistance, et qui se serait de plus en plus distendue sous l'influence des contractions utérines; il aurait fini par déchirer cette paroi, après l'avoir amincie, usée ou ramollie; et il serait passé à l'extérieur dans la cavité abdominale, où des adhérences, suite de l'état inflammatoire de la paroi utérine dilatée, auraient pu précéder sa sortie de l'utérus. Là il aurait été frappé de gangrène, soit que son pédicule ait été déchiré, soit qu'il ait été étreint, comme par une ligature, par le rebord tout musculaire de l'ouverture utérine, siége d'une rétraction très active pendant la vie, soit enfin que les parois de l'utérus, revenant sur elles-mêmes, n'aient plus laissé passer le sang nécessaire à sa nutrition. Il est bon aussi de faire remarquer que les dimensions de l'ouverture utérine, observées après la mort, font supposer par elles-mêmes que cette ouverture a dû s'opérer sur une portion d'utérus dilatée, ainsi qu'on peut en juger par la vue de la planche jointe à ce mémoire. De même qu'un mois après l'accouchement l'utérus est tellement revenu sur lui-même qu'on pour-

rait mettre en doute qu'il a contenu un corps aussi volumineux que le fœtus, de même le temps qui s'est écoulé depuis l'époque présumée de la sortie du polype hors la cavité utérine jusqu'à la mort (cinq semaines), a plus que suffi pour que les parois utérines revinssent sur elles-mêmes, et ne laissassent plus de traces de la dilatation qu'elles avaient éprouvée, si ce n'est un reste d'hypertrophie. Le temps qui s'est écoulé, les efforts de traction et d'expulsion auxquels le polype a été soumis, ont dû aussi changer la direction de sa surface intérieure.

5° Quand on envisage d'un côté les progrès qu'avait déjà accomplis pour sa guérison la maladie dont nous venons d'exposer l'histoire, de l'autre la multiplicité des circonstances qui auraient pu soustraire le tout à une observation complète, il est permis de supposer que des cas semblables ont dû se présenter, mais qu'ils ont pu passer inaperçus, et être perdus pour la science. Si des faits analogues avaient été recueillis, et m'avaient servi d'exemple; si la malade, qui m'a fourni le sujet de cette observation, avait été seulement plus docile, je serais venu plus promptement et d'une manière plus directe au secours de la nature; les accidents consécutifs, qui ont amené la mort, ne seraient peut-être pas survenus, et la guérison aurait pu s'accomplir: mais en même temps l'authenticité du fait n'aurait pas été établie comme elle l'est aujourd'hui (1).

(1) Comme on pourra en juger, M. Huguier m'a témoigné fort peu de bienveillance dans le rapport dont il a été chargé à l'occasion de ce fait, et à la rédaction duquel MM. Danyau et Nélaton, membres de la commission, sont restés tout à fait étrangers. On est étonné de l'esprit dans lequel ce rapport a été rédigé.

EXPLICATION DES PLANCHES.

Polype utérin expulsé à travers la paroi antérieure de l'abdomen.

PLANCHE Ire.

Polype faisant saillie à travers une large ouverture de l'abdomen au-dessus du pubis.

A. Polype (E, pl. II, fig. 1) offrant une surface toute morcelée par suite des tentatives d'écrasement exécutées pendant la vie.

B. Ouverture de la paroi abdominale après la chute des escarres et après l'incision des brides aponévrotiques. Elle offre des bords tout érodés.

C. Paroi abdominale dans le reste de son étendue, flasque, ridée sans aucune espèce de distension.

PLANCHE II.

Rapports du polype avec l'utérus.

FIGURE 1re.

Coupe antéro-postérieure du bassin, vue de la partie gauche.

A. Paroi supérieure et postérieure de l'utérus hypertrophiée, et paraissant avoir joué un rôle actif dans la propulsion du polype à travers la paroi utérine.

B. Partie inférieure de la paroi antérieure de l'utérus également hypertrophiée, et ayant joué le même rôle.

C. Lambeau de tissu utérin appartenant à la paroi antérieure, seul reste de la partie de l'utérus successivement amincie, dilatée et détruite, paraissant avoir joué un rôle tout à fait passif dans la maladie. Les fibres les plus superficielles de la paroi utérine entrent seules dans la formation de ce lambeau.

D. Portion de l'ouverture uétrine offrant un rebord saillant et résistant, en contact avec le pédicule du polype, sans adhérence aucune avec lui.

E. *Polype frappé de gangrène faisant saillie à travers la paroi abdominale.*

F. Partie superficielle toute morcelée par les doigts du chirurgien.

G. Pédicule du polype amaigri et en voie de destruction venant se rendre dans le côté gauche de l'utérus, et principalement dans la partie inférieure de la paroi antérieure.

H. Reste du pédicule du polype enlevé par le vagin; on voit qu'une partie des fibres de ce pédicule viennent se confondre avec le pédicule du polype précédent; ce qui fait dire à M. Huguier que ces deux premiers polypes ne doivent être considérés que comme des portions d'un même polype.

I. Troisième polype pédiculé, intact, prenant insertion immédiatement au dessus du col utérin.

J. Épiploon chargé de graisse, adhérant d'un côté à l'utérus, de l'autre à l'aponévrose abdominale, limitant la portion intra-abdominale du foyer du polype, dans les deux tiers supérieurs de sa circonférence. L'utérus était immédiatement appliqué contre la paroi abdominale, on l'en a écarté sur la planche, afin de tendre les adhérences épiploïques et de les mettre en évidence.

K. Moitié supérieure de la portion intra-abdominale du foyer purulent extra-utérin.

K K. Moitié inférieure du même foyer occupant la région vésicale, et se continuant sans ligne de démarcation sensible avec la portion sous-cutanée du foyer.

L. Portion sous-cutanée ou extra-abdominale du foyer extra-utérin communiquant par de larges ouvertures avec les fusées purulentes du tissu cellulaire des régions inguinales.

M. Portion de l'aponévrose abdominale séparant, sous forme de cloison, la partie sous-cutanée de la partie profonde du foyer extra-utérin.

N. Bord libre de la peau de l'abdomen érodé en grande partie par la gangrène.

O. Vessie fortement déprimée sur la ligne médiane par le polype. Par suite de cette dépression, sa dilatation par l'urine s'effectuait de chaque côté derrière les tubérosités de l'ischion.

P. Symphyse du pubis.

Q. Vagin.

R. Rectum.

S. Repli du péritoine de l'utérus sur la vessie.

T. Repli du péritoine du rectum sur l'utérus.

FIGURE 2.

Morceau de polype, faisant saillie par l'ouverture de l'abdomen, excisé pendant la vie.

A. Surface excisée.

FIGURE 3.

Polype extrait pendant la vie et dont on trouve dans l'utérus des restes du pédicule. (Voir même planche, fig. 1, H.)

RAPPORT

SUR LE

TRAVAIL DE M. LOIR,

PAR M. HUGUIER.

MESSIEURS,

Dans votre séance du 18 août, vous avez nommé une commission composée de MM. Danyau, Nélaton et moi, pour vous rendre compte d'un travail de M. le docteur Loir, intitulé : *Polypes utérins ; l'un d'eux expulsé à travers la paroi de l'utérus, et en voie d'expulsion à travers la paroi abdominale.* Les faits consignés dans cette intéressante communication sont encore trop présents à votre esprit, pour que j'aie besoin d'en faire une analyse étendue ; aussi me bornerai-je à rapporter les conclusions de l'auteur et à vous faire connaître l'opinion de votre commission sur les faits principaux de ce travail. Quelques idées émises par M. Loir, dans ses préliminaires sur les polypes considérés en général, et sur les différences qui existent entre les corps fibreux et les polypes proprement dits, seront aussi examinées par nous.

Reconnaissons d'abord que le cas dont il s'agit nous paraît unique dans la science, et que toutes les recherches bibliographiques auxquelles nous nous sommes livrés ne nous ont rien fait rencontrer qui puisse être comparé à ce fait important et si fécond en enseignement pratique. Les cas observés, l'un par M. le professeur Roux, d'un polype qui, après avoir usé en haut la paroi postérieure du vagin, s'est interposé entre ce conduit et le rectum; celui plus curieux encore dont parle A. Bérard, qui, après avoir traversé l'épaisseur de la paroi postérieure du con-

duit vulvo-utérin, fut expulsé à travers le périnée; celui, enfin, non moins important, qui, selon Lisfranc, serait venu faire saillie à nu dans la cavité du rectum, après avoir complétement usé et perforé la cloison recto-vaginale, n'offrent qu'une bien faible analogie avec ce fait qui nous occupe. Tous n'ont eu qu'une faible épaisseur de tissus à traverser. Dans un seul (celui de A. Bérard), la tumeur est venue se montrer au dehors; tous étaient sortis de la cavité où ils avaient pris naissance par l'orifice du col de l'utérus, avant de traverser la paroi vaginale. Ce sont là de grandes différences entre ces trois faits et celui dont j'ai l'honneur de vous entretenir.

Parmi les caractères qui, d'après M. Loir, servent à distinguer les corps fibreux de l'utérus des polypes proprement dits, nous trouvons quelques assertions que nous ne voudrions pas laisser sans observation. Ainsi l'auteur admet (pages 2 et 3) que les corps fibreux sont *le plus souvent extra-utérins*, qu'ils sont remarquables par leur *innocuité*, leur tendance à rester *stationnaires*, et qu'ils ne se *gangrènent jamais*. La pratique journalière et une foule d'observations protestent contre cette manière de voir. Nous ne saurions davantage partager son opinion, lorsqu'il affirme, en parlant des polypes proprement dits, que ce sont des productions *essentiellement intra-utérines et cellulo-vasculaires qui ont besoin pour vivre d'une circulation très active*. Beaucoup de polypes prennent naissance sur les lèvres, sur la surface externe du col; il n'est pas même rare d'en trouver sur la surface péritonéale du corps de l'utérus. Quant à leur nature ou structure, qui ne sait qu'ils sont loin d'être toujours cellulo-vasculaires. Le cas rapporté par M. Loir, qui est un polype formé en grande partie par le tissu propre de l'utérus, vient lui-même combattre cette assertion.

Un grand nombre de polypes, mais surtout les cellulo-muqueux et les vésiculeux, sont pâles, incolores, transparents, d'un

blanc grisâtre, et renferment à peine dans leur intérieur quelques vaisseaux capillaires. On ne peut donc dire d'une manière générale que les polypes ont besoin pour vivre d'une circulation très active. Pour les changements de structure, de rapports que les polypes, par leur développement, impriment à l'utérus et à ses fonctions, il n'en est aucun qui ne puisse être produit par les corps fibreux de cet organe; ils ne peuvent donc servir à *différencier* ces deux affections.

D'après M. Loir, la malade, dont il nous a rapporté l'observation, était atteinte de trois polypes : 1° D'un *petit polype saillant dans la cavité du col*, et trouvé seulement au moment de l'autopsie : 2° *d'un polype pédiculé dont l'extraction a été faite par le vagin, et dont, au moment de l'autopsie, on voyait encore les traces;* 3° *d'un polype volumineux distendant la paroi antérieure de l'utérus trop peu résistante, la traversant, après l'avoir déchirée, éraillée ou gangrenée.....*

Nous ne pouvons encore ici partager entièrement l'opinion de l'auteur tant sur le nombre des polypes, dont la malade était atteinte, que sur le mécanisme suivant lequel l'une de ces tumeurs s'est portée au dehors. Pour votre commission, il n'y avait que deux polypes : *le petit, saillant dans le col* et reconnu au moment de l'autopsie; le deuxième, dont l'extraction a été faite par le vagin, et le troisième qui s'est porté au dehors, par la paroi abdominale, ne formant qu'une seule et même masse polypeuse, bilobée; l'un des lobes s'étant porté dans le vagin par l'ouverture du col, et l'autre au dehors, en traversant la paroi abdominale, c'est ce dont on peut facilement se convaincre en jetant un simple coup d'œil sur la pièce et sur la masse polypeuse en particulier. On voit, en effet, que les restes de la portion qui a été enlevée par le vagin aboutissent à la partie inférieure et interne (utérine) de celle qui a traversé l'abdomen, en se confondant intimement avec elle. C'est ce que prouvent égale-

ment les passages suivants, extraits de la description des tumeurs donnée par l'auteur lui-même. En parlant du polype extrait par le vagin (page 22), il dit : *On voit bien distinctement dans l'utérus les restes de son pédicule. Ce pédicule lui-même est commun avec le troisième polype qui est le plus important.....* Plus bas (page 23), à l'occasion de ce dernier, il ajoute : *Il se rend à la partie antérieure gauche du fond de l'utérus. Là, il prend origine dans l'étendue environ de deux centimètres carrés ; de ce pédicule se détache un faisceau de fibres assez volumineux qui se dirige vers le col, c'est le pédicule du polype précédent.*

A la page 30, il revient encore sur ce fait. Ainsi donc, il résulte de l'examen de la pièce et des expressions mêmes de l'auteur, qu'à part le petit polype situé dans l'intérieur du col, il n'y en avait qu'un seul formé de deux lobes qui ont pris une direction différente ; le plus rapproché de la surface interne de l'utérus s'est dirigé vers le vagin, tandis que celui qui avoisinait la surface externe de l'organe s'est porté au dehors.

Devons-nous dire, avec M. Loir, que cette dernière portion de la tumeur s'est portée à l'extérieur en « distendant la paroi antérieure de l'utérus trop peu résistante, la traversant après l'avoir amincie, usée, ramollie, déchirée, éraillée ou gangrenée » (pages 4 et 31), et cela principalement sous l'influence des contractions utérines qui poussèrent contre elle le polype? Non, pour expliquer de cette manière toute mécanique le transport de la tumeur au dehors à travers la paroi antérieure de la matrice, comme cela arrive quelquefois pour le fœtus dans le cas de rupture utérine au moment de la parturition, il faudrait que la tumeur eût pris naissance sur un point de l'utérus autre que la paroi antérieure elle-même, ou bien de la surface interne de cette paroi, son tissu propre étant sain, ou au moins indépendant de la masse polypeuse. Dans le cas dont il s'agit, il était loin d'en être ainsi, le polype étant formé aux dépens de la to-

talité de la partie gauche de la paroi antérieure du corps de l'utérus. C'est ce dont je me suis parfaitement assuré, et c'est ce dont vous pouvez vous-mêmes vous convaincre par l'examen des pièces et des dessins qui en ont été faits. Le polype n'avait respecté, ou laissé de sain, que les couches les plus superficielles, un cinquième au plus de l'épaisseur de la portion du corps de l'utérus que je viens de citer. Toute la paroi postérieure de l'organe, ses bords, son fond et même sa partie antérieure droite étaient hypertrophiés, épaissis, mais n'avaient subi aucune altération. Le col était un peu atrophié et donnait naissance, par sa partie postérieure et supérieure, au petit polype dont il a été plusieurs fois question. Il n'y a donc eu de déchiré par la tumeur, que les couches les plus superficielles ou sous-péritonéales, et ce sont les débris de ces couches qui forment l'espèce de collet ou d'anneau qui embrasse le pédicule de la masse polypeuse qui a traversé l'hypogastre ; on ne peut donc dire que cette masse s'est portée, de l'intérieur de l'utérus, au dehors, en traversant la paroi antérieure de la matrice, puisque c'est cette paroi elle-même dégénérée et hypertrophiée qui constitue la tumeur. En aucun point on ne trouve cette paroi dilatée, usée, amincie ; ce qui a trompé notre collègue, c'est l'anneau circulaire formé par la perforation du péritoine et des couches superficielles de la matrice.

Nous ne pouvons admettre, et, avec nous, vous n'admettrez pas cette proposition de M. Loir : *Le polype dont il est question a pris naissance dans la cavité de l'utérus, le fait est bien constaté* (page 30). Pour bien constater ce fait, il eût fallu introduire la main, un, ou plusieurs doigts dans la cavité du corps de l'utérus, après l'ablation de la portion de la tumeur qui faisait saillie dans le vagin, et c'est ce qui n'a pas été fait. Le cathétérisme explorateur de la matrice, duquel on retire des données si précieuses, n'a pas été pratiqué, et le polype qui était dans la cavité

du col n'avait pas même été reconnu, comment dès lors assurer que la portion du polype qui s'est portée au dehors était auparavant contenue dans la cavité de l'utérus?

Voici, messieurs, comment les choses paraissent s'être passées : la moitié ganche de la paroi antérieure de l'utérus, dans presque toute son épaisseur, moins les couches extérieures, s'est hypertrophiée, infiltrée, ramollie ; peu à peu, l'affection, en prenant d el'accroissement, s'est portée, d'une part, dans la cavité de l'utérus où elle a donné naissance à une tumeur qui a fini par franchir le col et par faire saillie dans le vagin, d'où elle a été enlevée par l'art; d'autre part, elle s'est dirigée vers la cavité abdominale, dans le cul-de-sac vésico-utérin, en soulevant, dilatant, usant et peut-être même gangrenant les couches superficielles qui n'en faisaient pas partie.

Après l'ablation de la tumeur contenue dans l'utérus et dans le vagin, tumeur que j'appellerai *utéro-vaginale*, par opposition à l'autre que je désignerai sous le nom d'*utéro-abdominale ;* cette dernière s'est développée plus aisément, s'est dirigée de plus en plus en avant, n'étant plus maintenue ni attirée en bas et en dedans par la première; joignez à cela que le retrait de l'utérus hypertrophié et la prompte rétraction du col favorisèrent ce mouvement excentrique. On explique ainsi comment il se fait qu'après l'ablation de la tumeur utéro-vaginale, le globe utérin ait diminué légèrement de volume, sans qu'on ait aperçu le moindre changement dans la tumeur suspubienne qui, quelques jours après, à mesure que l'utérus revenait sur lui-même et lui offrait des obstacles plus insurmontables, devint plus volumineuse, irrégulière, vaguement circonscrite et douloureuse à la pression. C'est, en effet, à cette époque que commença le travail d'élimination qui porta le polype au dehors à travers la cavité péritonéale et la paroi abdominale, en déterminant une péritonite locale adhésive, une inflammation phlegmoneuse et

gangreneuse de l'hypogastre. La manière dont se comporte le grand épiploon chargé de graisse, épaissi de 4 centimètres, et fortement adhérent à la partie antérieur du fond de l'utérus et à la paroi abdominale, prouve qu'il existait, depuis longtemps, une tumeur saillante bien circonscrite, formée aux dépens de la paroi vésicale de l'organe gestateur, et au-dessus de laquelle il a pu se développer sans éprouver la moindre compression antéro-postérieure. Si la tumeur eût été contenue primitivement dans l'utérus, celui-ci dilaté se fût porté contre la paroi abdominale, eût refoulé en haut et en avant l'épiploon, l'eût pincé et aplati contre la ceinture hypogastrique. Enfin, n'est-il pas très probable, pour ne pas dire certain, que si la masse morbide eût été contenue dans la cavité de la matrice, elle se fût portée au-dehors après l'ablation de la tumeur utéro-vaginale, en passant par l'orifice utérin qui avait déjà été affaibli, atrophié par celle-ci?

Le fait ainsi expliqué, sans rien perdre de son intérêt, ni des considérations pratiques auxquelles il peut donner lieu, est plus compréhensible.

On peut aussi, de cette manière, expliquer très facilement comment il se fait que le bord gauche du pédicule de la tumeur utéro-abdominale se confondait intimement avec la partie gauche de l'utérus, tandis que le bord droit était sans adhérence avec la moitié droite de la paroi antérieure de l'organe d'où résultait une fente qui, des foyers purulents, conduisait dans la cavité utérine. Si, au contraire, la tumeur fût partie d'un point quelconque de cette cavité pour se porter au dehors à travers sa paroi antérieure, son pédicule eût été libre dans toute sa circonférence; ou s'il eût été uni à l'un des points de l'anneau qui lui eût donné passage, c'eût été à l'aide de simples adhérences qu'on eût pu facilement reconnaître à la dissection.

En rapprochant les diverses pièces les unes des autres, en

rétablissant, par la pensée, la continuité des couches superficielles de la paroi antérieure de l'utérus qui ont été détruites, voici la figure que l'on obtient, figure qui va vous mettre parfaitement sur la voie du siége primitif du mode de développement, de la nature de la tumeur et du mécanisme suivant lequel une de ses parties s'est portée dans le vagin par l'orifice du col, et l'autre au-dehors, à travers la paroi abdominale. Elle explique même comment il se fait que chacune de ces parties a été considérée par M. Loir comme un polype séparé.

Aux raisons que notre collègue donne pour prouver que le polype a traversé la cavité péritonéale, et n'a pas seulement soulevé, détaché le péritoine du cul-de-sac vésico-utérin, nous pouvons ajouter celle-ci, c'est que la partie supérieure de la paroi postérieure de la vessie est encore tapissée par cette membrane séreuse. On la voit même se réfléchir de la vessie sur la partie inférieure du pédicule du polype.

Si la malade eût été plus jeune et se fût trouvée dans des conditions qui permissent de faire heureusement l'ablation de la tumeur, elle eût été atteinte, pendant un temps plus ou moins long, d'une fistule utéro-abdominale par laquelle eussent pu s'écouler continuellement le mucus utérin, et périodiquement le sang de la menstruation. C'eût été une espèce de fistule qui n'avait pas, que je sache, encore été observée.

DE LA

LUXATION COMPLÈTE EN AVANT

DE

L'ARTICULATION FÉMORO-TIBIALE,

Par M. DEGUISE fils,
Chirurgien de la Maison de Charenton.

Messieurs,

Au mois de janvier de l'année dernière je me proposais de vous communiquer en quelques mots une observation de luxation complète en avant de l'articulation fémoro-tibiale, lorsque M. Malgaigne, auquel j'avais fait part de ce fait, éleva des doutes sur son authenticité. Je m'explique :

Suivant M. Malgaigne, il ne peut pas exister de luxation complète en avant de l'articulation fémoro-tibiale sans que la rotule se trouve appliquée par sa face postérieure sur la face articulaire du tibia; or, dans mon observation, la rotule tendait bien à se porter en arrière, à se renverser, mais n'était pas couchée sur la face articulaire du tibia; c'est ce qui fit dire à M. Malgaigne que mon observation appartenait aux luxations incomplètes.

Il fallait de deux choses l'une : ou bien, j'avais mal observé la position précise de la rotule; ou bien, le signe de M. Malgaigne n'était pas aussi absolu qu'il le supposait.

Malgré l'imposante autorité de M. Malgaigne, en matière de luxation, j'élevai des doutes à mon tour sur l'absolutisme de son signe pathognomonique, tant était grande ma conviction que, dans la luxation que j'avais pu étudier, la situation de la rotule était exactement celle que j'avais dite à M. Malgaigne.

Néanmoins, je crus devoir retarder ma communication, et j'entrepris aussitôt une série de recherches et d'expériences cadavériques, dans le but de vérifier la valeur du signe de M. Malgaigne.

Je vais d'abord, messieurs, vous donner lecture de mon observation; j'espère qu'elle vous intéressera à raison de l'extrême facilité avec laquelle j'ai pu réduire les os en place et du prompt rétablissement de la partie lésée; puis, je vous soumettrai les recherches et les quelques réflexions qu'elles m'ont suggérées.

Observation de luxation complète en avant de l'articulation fémoro-tibiale.

Le 4 janvier 1847, la femme Baptiste, blanchisseuse, âgée de trente-huit ans, d'une haute stature et fortement musclée, demeurant n° 5, rue de Charenton, à Charenton, était allée le matin ramasser du bois mort dans le parc de Vincennes.

Les indigents qui obtiennent l'autorisation de faire du bois, ont un jour de la semaine, le lundi, qui leur est accordé à cet effet; mais, ne pouvant emporter qu'une seule charge, ils s'arrangent de manière qu'elle soit aussi forte que possible; aussi, c'est à peine s'ils peuvent la traîner. Pour cela, ils y attachent des espèces de bretelles et la portent comme une hotte; mais, quelle hotte! elle descend presque à terre et dépasse la tête de plusieurs pieds. Depuis, j'ai mesuré plusieurs de ces fagots; ils n'ont pas moins de $2^m,60$ à $2^m,80$ de hauteur sur près d'un mètre de diamètre.

La femme Baptiste revenait donc ainsi chargée, lorsqu'un accident de terrain la fit trébucher. Le pied droit ayant glissé, elle voulut se retenir sur le gauche et tomba, le corps penché en avant. Le fagot suivit l'impulsion; mais une des bretelles s'étant détachée ou rompue, il alla frapper la terre au côté gauche de

la femme Baptiste. Il paraîtrait, d'après le dire de cette femme, dont l'intelligence est du reste fort peu développée, que son pied gauche se serait trouvé pris sous le fagot. Je me hâte d'ajouter que les renseignements qui me furent fournis le jour même et les suivants, se sont trouvés assez contradictoires pour ne pas m'inspirer une entière confiance ; aussi, je ne me suis pas rendu un compte très satisfaisant de la manière dont la lésion s'était opérée. En conséquence, je crois devoir m'abstenir de toute explication.

Quoi qu'il en soit, la femme Baptiste ressentit dans le genou gauche, au moment de la chute, un violent craquement accompagné d'une douleur tellement vive qu'elle perdit presque connaissance. Il lui fut impossible de se relever. A ses cris, quelques personnes accoururent et la transportèrent chez un gardien de l'une des portes du parc.

A peu près au même instant, je passais près de cette porte ; un garde me reconnut et me pria d'entrer pour visiter une femme qui, disait-il, venait de se casser la jambe.

La femme Baptiste était appuyée sur le bord d'une table ; le membre sain, celui du côté droit, reposait à terre ; celui du côté gauche était pendant et maintenu par plusieurs femmes.

A la vue du membre blessé, ce qui me frappa tout d'abord fut un raccourcissement considérable que j'évaluai à plus de 3 pouces En m'emparant de la jambe, je m'aperçus qu'elle ballottait en tous sens au niveau du genou, et que, abandonnée à elle-même, elle conservait son axe normal. Placé comme je l'étais au devant de la malade, je pensai un instant que j'avais affaire à une fracture de l'extrémité inférieure du fémur ; mais, avec un peu d'attention, je reconnus une luxation complète en avant de l'articulation fémoro-tibiale.

A droite et à gauche de la rotule déjetée un peu en arrière, existaient deux dépressions très prononcées qui augmentaient

encore lorsque j'y portais les pouces, et me permettaient de sentir avec la plus grande facilité et dans toute leur étendue les deux facettes articulaires du tibia. En arrière, je percevais une énorme tuméfaction causée par la présence des condyles fémoraux derrière le tibia. Le condyle externe se dessinait presque entièrement sous la peau, laquelle, dans un point, était légèrement érodée et paraissait comme amincie, pressée qu'elle était par le condyle. Le condyle interne se sentait aussi parfaitement bien, mais il était recouvert par une épaisseur plus grande des parties molles et la peau ne présentait aucune altération vers cet endroit. Le creux du jarret avait disparu; le mollet ne semblait faire qu'un avec les condyles.

Avant de faire reconduire la malade à son domicile, je voulus tenter la réduction, et je m'y pris de la manière suivante : A l'aide de mouchoirs appliqués sur l'extrémité inférieure de la jambe, je fis opérer des tractions en ligne droite par quelques uns des assistants, pendant que d'autres maintenaient fortement la cuisse et le bassin. Lorsque ces tractions, qui s'exécutaient, la femme Baptiste toujours assise sur le bord de la table, me parurent suffisantes, j'appuyai mon genou en arrière et contre l'extrémité inférieure de la cuisse, puis à l'aide de mes mains dont les doigts étaient entrelacés et que je portai en arrière de l'extrémité supérieure de la jambe, j'appliquai fortement mes pouces sur le devant du tibia et je remis les os en place avec une facilité à laquelle, certes, je ne m'attendais point.

La femme Baptiste fut placée sur un brancard et reconduite à son logis, où, d'après ma recommandation, des linges imbibés d'eau froide furent sans cesse appliqués sur l'articulation blessée.

Cinq ou six heures après, il était survenu un peu de gonflement; j'entourai tout le membre avec une bande roulée et arrosée d'eau blanche. Une potion calmante fut administrée.

Le lendemain, 5 janvier, j'appris que la nuit avait été assez

bonne en ce sens que la malade avait peu souffert. La bande paraît plus serrée que la veille. Point d'accidents généraux ; pas même de fièvre. J'engage néanmoins la malade à observer une diète rigoureuse et à se contenter pour toute boisson d'une infusion de feuilles d'oranger.

Dans la journée, le genou devint le siége de douleurs extrêmement vives. On m'envoya chercher. Je défis la bande que j'avais appliquée, et je la remplaçai par de grands cataplasmes de farine de graine de lin arrosés d'eau blanche. Le soir les douleurs étaient calmées et la femme Baptiste dormit une partie de la nuit.

Ces cataplasmes furent continués pendant cinq jours, après lesquels je revins à la bande roulée que je maintins trois semaines environ. Durant ce laps de temps, il ne survint pas le plus léger accident. La femme Baptiste, qui ne comprenait point l'importance de son séjour au lit, me tourmentait sans cesse pour le quitter, et j'obtins avec beaucoup de peine la promesse qu'elle ne se lèverait point sans mon autorisation. Trois jours après cette promesse, j'allai chez elle dans le but de faire exécuter quelques mouvements à son membre, la femme Baptiste était partie.

J'ai revu cette femme, je la rencontre souvent, et j'atteste que la marche s'exécute sans la moindre claudication. Cette semaine encore (5 avril 1848), j'ai examiné son genou; il ne présente aucune différence avec l'autre, si ce n'est que la rotule est un peu plus lâche, ce qui n'ôte ni force ni solidité à cette articulation.

Anatomie pathologique.

Il existe fort peu d'observations où l'on ait décrit sur le cadavre les lésions anatomiques provenant d'une luxation de jambe en avant opérée sur le vivant. La rareté de cette affection, habi-

tuellement suivie d'une guérison plus ou moins parfaite, explique cette pauvreté de la science. Les seules de ce genre que je connaisse sont celles de Bucquet, rapportées dans le *Bulletin de la Faculté de médecine* (t. V, p. 318), de Stewart et de Ballingall, consignées dans les *Recueils de la Société médico-chirurgicale d'Édimbourg* (t. III, part. I, p. 308 et suiv.). Encore, ces descriptions laissent-elles beaucoup à désirer. Je rappellerai aussi l'autopsie de B. Constant, qui permit à M. le professeur Velpeau d'examiner le genou que cet homme célèbre avait eu le malheur de se luxer, une année, je crois, avant d'être enlevé à sa patrie.

Les expériences cadavériques que j'ai entreprises m'ont fourni des résultats assez constants pour que je puisse les donner avec certitude comme devant être facilement retrouvés par tous ceux qui voudront se livrer aux mêmes recherches.

L'intégrité des os luxés n'est pas toujours parfaite; ainsi, il y a assez fréquemment arrachement de quelques parcelles osseuses dans les points d'insertion des ligaments latéraux, lorsque ces ligaments ont été détachés. Cependant je n'ai jamais observé de fracture, à proprement parler, comme dans les observations de Bucquet et de Stewart.

Les cartilages des os luxés conservent généralement leur poli; une ou deux fois néanmoins j'ai trouvé de très légères érosions au niveau de la poulie fémorale ainsi que sur la facette articulaire externe du tibia.

Trois à cinq centimètres mesurent la distance qui sépare le niveau des surfaces articulaires.

La capsule articulaire est largement ouverte en arrière pour laisser passer l'extrémité inférieure du fémur.

Les ligaments croisés, constamment rompus, le sont le plus souvent près de leurs attaches supérieures.

La lésion des ligaments latéraux m'a présenté des variétés remarquables quoique, dans mes expériences, les luxations aient

été toujours produites de la même manière. Ces variétés sont les suivantes :

1° Les deux ligaments sont intacts. Ce cas est le plus rare : je ne l'ai observé qu'une seule fois.

2° Le ligament latéral interne est intact; l'externe, sans être rompu, a son attache fémorale détachée en partie : c'est la variété la plus fréquente.

3° Le ligament latéral interne est entièrement rompu près de son insertion fémorale; l'externe est en partie détaché du fémur.

4° Le ligament latéral externe est intact; l'interne est arraché du fémur.

Les muscles qui recouvrent l'articulation offrent des lésions très étendues.

En avant, le droit antérieur et le triceps fémoral sont refoulés en haut.

En arrière les désordres sont nombreux.

1° Le muscle poplité est constamment rompu. J'ai toujours vu cette déchirure occuper la portion charnue de ce muscle. Dans le cas rapporté par Stewart, c'était le tendon qui était rompu près de son insertion à la tubérosité fémorale.

2° Le demi-membraneux a le plus souvent ses faisceaux postérieur et moyen entièrement rompus. Je n'ai point observé de rupture complète de ce muscle au-dessus du condyle interne, mais presque toujours une déchirure occupant le tiers ou même les deux tiers de son épaisseur et respectant ses fibres tendineuses.

3° Le jumeau interne est habituellement déjeté dans la gorge intercondylienne. Ce muscle offre souvent l'état suivant : on dirait qu'on a cherché à séparer à dessein les fibres musculaires des fibres aponévrotiques, et cela depuis l'articulation jusqu'au mollet. Le jumeau externe présente de même des déchirures, mais ordinairement moins prononcées.

Dans l'observation de Bucquet, les vaisseaux poplités étaient intacts; dans celle de Stewart, les deux tuniques internes de l'artère poplitée étaient rompues, la veine n'offrait aucune lésion; dans l'observation de Ballingall, les vaisseaux du jarret étaient rompus en travers. Les trois observations notent l'intégrité des nerfs poplités. Mes expériences m'ont aussi démontré la constante intégrité des nerfs poplités. Quant à la rupture des vaisseaux du jarret, je ne l'ai observée qu'une seule fois à la suite d'efforts assez considérables pour appliquer la jambe contre la face antérieure de la cuisse.

La peau du jarret est quelquefois déchirée en travers au point de laisser passer les condyles du fémur. Les observations de Bucquet, de Stewart et de Ballingall offraient cette dernière complication.

Étiologie.

Les exemples de la luxation qui nous occupe appartiennent tous à des sujets adultes. C'est qu'en effet l'extrême solidité des ligaments qui entourent l'articulation sur les côtés et en arrière, oppose une telle résistance aux efforts qui tendraient à produire la luxation chez un enfant, qu'avant que cette luxation pût être effectuée, l'épiphyse fémorale se trouverait arrachée. Quatre fois j'ai tenté d'opérer la luxation de la jambe sur deux cadavres ayant appartenu à des enfants, l'un de douze et l'autre de seize ans, et je n'ai pu obtenir que le décollement de l'épiphyse.

Il serait peut-être possible qu'une hydarthrose du genou ou qu'une laxité congéniale des ligaments prédisposât à cette luxation dans un âge encore peu avancé; mais je ne connais aucun fait à l'appui de cette proposition. J'ignore de même si la faiblesse des muscles pourrait concourir en quelque chose à sa production.

Dans les faits de luxation en avant où la cause a été signalée,

elle est toujours due à une violence extérieure considérable. Tantôt c'est un éboulement de terre (1), une chute dans laquelle la jambe est prise dans un trou (2), tantôt c'est un câble de navire qui se débande avec une force prodigieuse (3); dans l'observation de Schneider (4), dans celle de M. Gardé (5), dans la mienne, les malades portaient de lourds fardeaux au moment de leur chute.

Malheureusement la plupart des observations manquent de détails circonstanciés, et il est souvent difficile de s'expliquer comment s'est opérée la luxation.

Le mécanisme que Boyer attribuait à la luxation de la jambe est évidemment incomplet, car il est absolument impossible de la produire en se contentant de pousser en sens contraire les os de la cuisse et de la jambe. Tandis que si, avant de déterminer ce mouvement, on procure à la jambe une flexion en avant assez prononcée pour rompre les ligaments croisés, la luxation s'effectue facilement. En opérant de cette manière j'ai constamment réussi; aussi, ai-je lieu d'être surpris que M. Malgaigne n'ait jamais pu obtenir la luxation complète sans section préalable des ligaments, lui qui a si bien apprécié le mécanisme de ce genre de luxation. « *Je pense*, dit M. Malgaigne, *que dans le plus grand nombre des cas, la luxation en avant est due à une extension forcée, ou en d'autres termes à la flexion en avant de la jambe sur la cuisse; que le fémur agit alors comme un levier de premier genre; la puissance représentée le plus souvent par le poids du corps et agissant sur l'extrémité supérieure de cet os, le point d'appui étant fourni par la partie antérieure des condyles du tibia, la résistance*

(1) Lavalette, *Journal complémentaire*, t. I, p. 327.
(2) Royère, *Mémoires de médecine et de chirurgie militaires*, t. XI, p. 310.
(3) Faye, *Journ. complémentaire des sc. méd.*, t. XXIII, p. 365.
(4) *Bibliothèque de Richter*, t. VI, p. 41.
(5) *Bulletin de thérapeutique*, t. VII, p. 97.

limitée aux ligaments postérieurs et latéraux, et n'ayant jamais à son service que le court bras de levier qui est représenté par l'étendue antéro-postérieure des condyles du fémur. Ajoutez que le tibia lui-même peut aussi jouer le rôle de levier appuyant sur le fémur, comme le fémur sur lui, avec un bras aussi long pour la puissance et aussi court pour la résistance (1). »

Signes et diagnostic différentiels.

Le membre est raccourci. Ce raccourcissement fut évalué à près de $0^m,05$ dans l'observation de Royère et de $0^m,08$ dans celle de M. Gardé. Chez ma malade, le raccourcissement du membre que j'ai négligé de mesurer, m'a paru assez considérable à l'œil. Mais, tout le monde sait combien il est facile de se tromper à cet égard. Et, ce qui me confirme dans cette opinion que l'on est toujours porté à s'exagérer le raccourcissement qui s'opère à la suite de ces luxations, c'est que dans toutes celles que j'ai produites sur le cadavre, et où j'ai pris les mesures du membre de la manière la plus exacte, je n'ai jamais obtenu un raccourcissement de plus de $0^m,05$. Le plus souvent même il ne s'est trouvé que de $0^m,03$. On conçoit du reste que sur le vivant le raccourcissement puisse être de beaucoup augmenté par la contraction musculaire.

La jambe conserve son axe naturel; elle forme d'ordinaire avec la cuisse un angle légèrement obtus ouvert en arrière, et jouit d'une grande mobilité en avant, en arrière et sur les côtés. Le diamètre antéro-postérieur de l'articulation luxée est augmenté de toute l'étendue du diamètre antéro-postérieur du tibia; il en résulte que la circonférence du membre vers ce point est singulièrement accrue. Mes relevés me donnent pour la

(1) Malgaigne, *Archives*, IIIe série, t. II, juin 1837, p. 158.

circonférence une moyenne en plus de $0^m,09$ à $0^m,12$. La tuméfaction qui survient quelquefois sur le vivant, doit augmenter encore le diamètre antéro-postérieur de l'articulation. Le tibia fait une saillie considérable au-devant des condyles du fémur. La jambe étant dans l'extension et reposant avec la cuisse sur un plan horizontal, la rotule se trouve appliquée par sa face postérieure sur le milieu de la face articulaire du tibia (1); de chaque côté de la rotule existent deux dépressions arrondies qui permettent aux doigts de reconnaître entièrement les deux facettes articulaires du tibia. Au-dessus de la rotule se trouve un enfoncement demi-circulaire dû au renversement de cet os, et au refoulement en haut du muscle triceps. En arrière, le creux poplité a disparu; les condyles du fémur ne sont presque plus séparés du mollet. La peau est énormément distendue au niveau des condyles; cette distension peut même être portée assez loin pour déterminer la rupture des téguments. (Obs. de Bucquet, de Stewart, et de Ballingall.) La saillie considérable des condyles, en refoulant en arrière les vaisseaux poplités, peut rendre les battements de l'artère très sensibles, ou bien au contraire occasionner un aplatissement tel qu'il n'est plus possible de les percevoir. (Obs. de Stewart, *loc. cit.* et d'A. Cooper, trad. Richelot et Chassaignac, p. 32 (2).)

Avec les signes précédents, il sera toujours facile d'établir le diagnostic d'une luxation de la jambe en avant. Si, dans quelques circonstances, on a confondu cette affection avec une fracture de l'extrémité inférieure du fémur (Obs. de Lavalette, la mienne), la méprise n'a duré qu'un moment et il a suffi d'un examen un peu plus attentif pour reconnaître l'erreur.

(1) Le signe de M. Malgaigne est donc de la plus grande exactitude; un peu plus bas, néanmoins, j'expliquerai dans quelle circonstance il peut non seulement échapper à l'attention de l'observateur, mais encore faire défaut.

(2) J'ai beaucoup regretté de n'avoir point recherché chez ma malade les battements de l'artère poplitée ainsi que ceux de la pédieuse : j'avoue que je n'y ai point songé.

Ici se présente une question intéressante : existe-t-il des luxations incomplètes en avant, et comment les distinguer des complètes ?

Pour M. Velpeau, la réponse est facile : il n'admet pas que les facettes du tibia puissent abandonner partiellement les condyles du fémur dans le sens antéro-postérieur. *Ou elles rentrent d'elles-mêmes,* dit M. Velpeau, *dans leur situation naturelle, ou elles s'échappent tout à fait une fois que le déplacement a commencé soit en avant soit en arrière* (1).

Tel n'est pas l'avis de M. Malgaigne, et dans une lettre critique en réponse à l'article du chirurgien de l'hôpital de la Charité (lettre publiée dans les *Archives,* IIIe série, avril et juin 1837), il conclut à des résultats tout à fait opposés. M. Malgaigne résume ainsi sa manière de voir relativement aux luxations en avant du genou : « *Parmi les luxations en avant, les incomplètes paraissent jusqu'à ce jour au moins aussi fréquentes que les complètes; il n'existe pas même d'observation parfaitement concluante de ces dernières.* »

M. Malgaigne en cherchant un signe qui prouvât sans réplique l'existance de la luxation complète en avant, pensa qu'il devait être représenté par la position qu'occupe la rotule par rapport à la surface articulaire du tibia; et, à cet égard, la conviction de notre éminent confrère fut tellement intime, qu'en comparant les signes fournis par M. Velpeau à ce qu'il observait lui-même, il dit : « *Je me serais volontiers écrié, comme Archimède, je l'ai trouvé!* »

M. Velpeau en décrivant ce genre de luxation avait déjà professé que *la rotule tendait à se tourner en haut par sa face cutanée;* mais M. Malgaigne est beaucoup plus explicite, et dans la des-

(1) Velpeau, *Luxation du genou; Répertoire des sciences médicales*, t. XIV, p. 104.

cription qu'il donne à son tour, il s'exprime ainsi : « *La rotule doit se trouver couchée sur la face articulaire du tibia.* »

J'ai vérifié toute l'exactitude du signe de M. Malgaigne, et je crois comme lui qu'il démontre sans réplique l'existence d'une luxation complète en avant ; mais est-ce à dire pour cela qu'il faille refuser le titre de luxation complète à toutes celles dans lesquelles on ne l'aura point signalé? Ne peut-il se faire que parmi les luxations fémoro-tibiales qui nous occupent, et qui sont rapportées par des auteurs dignes de foi, ne peut-il se faire, dis-je, que quelques unes au moins méritassent le nom de complètes quoique le signe en question n'ait pas été noté, soit qu'il ait échappé à l'attention des observateurs, soit que son absence ait été causée par quelque circonstance particulière?

Avant la découverte de l'auscultation, les modifications apportées dans le bruit respiratoire par la voix, la toux, les râles de différentes espèces, n'étaient point connues, et cependant il est nombre de faits bien observés, appartenant à des affections pulmonaires et antérieurs à Laennec, dont l'exactitude n'a été mise en doute par personne, quoiqu'il ne soit fait mention ni de souffle tubaire, ni de bronchophonie, ni de râles, etc.

Qu'on exprime un doute sur la nature de la luxation réduite par Mégès, dont parle Celse, je le conçois. Le manque absolu de détails empêche en effet de décider si Mégès a eu affaire à une luxation complète ou incomplète. Mais l'observation d'A. Cooper, surtout celle qui lui a été communiquée par Toogood, me paraissent concluantes malgré l'opinion contraire de M. Malgaigne; et quoiqu'il ne soit pas fait mention de la position de la rotule, je persiste à les regarder comme complètes. Dans la première de ces observations, le fémur était tellement porté en arrière, l'artère poplitée était tellement comprimée, que tout battement avait cessé dans l'artère pédieuse. Dans la seconde observation il est dit : *Le tibia, le péroné et la rotule étaient chassés*

en haut au devant de la cuisse, le fémur occupait la partie supérieure du mollet, le condyle interne perforait presque la peau.

La luxation complète de la jambe en avant constitue une lésion d'un diagnostic facile; le volume des surfaces articulaires, le peu de parties molles qui recouvrent l'articulation permettent d'apprécier avec la plus grande justesse l'étendue des os déplacés; aussi, je suis tout disposé à croire sur parole un homme de la valeur d'A. Cooper, lorsqu'il dit avoir vu une luxation complète de la jambe. Dans l'observation de Toogood, je trouve que le fémur *occupait la partie supérieure du mollet;* la luxation ne pouvait donc pas être incomplète.

Je pourrais citer encore d'autres faits de luxation complète dans lesquels le signe de M. Malgaigne n'a point frappé l'attention des observateurs, quoique très probablement il existât. Il me reste à parler maintenant de la luxation complète dans laquelle une circonstance particulière empêche ce signe d'apparaître, et pour cela j'ai recours à l'observation qui m'appartient.

Je vous rappelle, messieurs, que, lorsque la femme Baptiste fut soumise à mon examen, elle se trouvait appuyée sur le bord d'une table. Le membre gauche, celui qui était luxé, était pendant, mais sans toucher au sol; la jambe, quand on l'abandonnait à son propre poids, était fléchie sur la cuisse. Dans cette position, la rotule tendait bien à se tourner en haut par sa face cutanée, comme le dit M. Velpeau, mais je vous affirme qu'elle n'était pas couchée sur la face articulaire du tibia, comme le veut M. Malgaigne. Je ne fais aucun doute qu'ici la position seule a empêché le signe de M. Malgaigne de se manifester, et que, si j'eusse placé la malade dans une situation horizontale, ce signe ne fût aussitôt apparu. Je n'en puis fournir de preuve plus plausible que les expériences cadavériques auxquelles je me suis livré, et qui m'ont constamment donné des résultats diffé-

rents, suivant que j'examinais le membre couché horizontalement ou pendant sur le bord d'une table.

En résumé, la luxation incomplète de la jambe en avant, si toutefois elle est possible dans le sens purement antéro-postérieur, devra se présenter avec des caractères qui la différencieront suffisamment de la luxation complète. La longueur du membre, le diamètre antéro-postérieur de l'articulation, la saillie du tibia en avant et des condyles du fémur en arrière, établiront nettement le genre de luxation, alors même que le signe auquel M. Malgaigne attache avec raison une si grande importance n'aurait point été signalé.

Pronostic.

La plupart des auteurs anciens, effrayés des désordres intérieurs que devait causer la luxation du genou, la considéraient comme un cas d'amputation immédiate. De nos jours, ces craintes paraissent exagérées. En effet, la rupture de l'artère poplitée, une large plaie, un écrasement de l'articulation, devraient seuls autoriser à recourir à l'amputation; or, ces cas sont heureusement fort rares. Les malades de Bucquet et de Ballingall qui ne furent point opérés succombèrent tous les deux, le premier au dix-septième jour, le second au dixième, à la suite d'une violente inflammation. Le malade de Stewart subit l'amputation deux heures après l'accident et guérit rapidement.

La luxation simple, c'est-à-dire sans complication de plaie ou de lésion des vaisseaux, une fois réduite, est ordinairement suivie d'une guérison plus ou moins complète dans un espace de temps qui varie d'un à plusieurs mois. Le plus habituellement il ne survient aucun accident à la suite de la réduction; peu à peu les malades retrouvent assez de forces pour se lever et marcher

quelquefois au bout de quinze jours, même sans le secours d'aucun appui. (Obs. de Royère, *loc. cit.*)

La gêne, la faiblesse et la claudication qui accompagnent forcément les premiers essais du blessé, diminuent en général avec assez de rapidité et peuvent disparaître d'une manière complète (Obs. de Gardé, Garnier, Schneider, la mienne). Cependant, je dois ajouter qu'il existe des faits dans lesquels les blessés ont conservé de la claudication pour le restant de leurs jours. Tel était B. Constant. Le malade de Royère, soldat au 58e de ligne, quoique ayant marché seul et sans béquilles quinze jours après son accident, ne put rester au régiment et fut réformé. Le charretier qui servit d'observation à Toogood se rétablit promptement, reprit son ancien métier, mais il boîtait encore au bout de dix-huit ans.

J'ignore ce que deviendrait une luxation de la jambe en avant abandonnée à elle-même, je n'en connais pas d'exemple. La partie luxée contracterait-elle à la longue de nouveaux rapports, acquérerait-elle assez de solidité pour supporter le poids du corps? Ou bien, surviendrait-il une inflammation redoutable? des abcès apparaîtraient-ils aux environs de l'articulation? la gangrène s'emparerait-elle d'une partie ou de la totalité du membre? Questions intéressantes que les faits à venir pourront seuls résoudre.

Traitement.

La réduction ne présente pas de grands obstacles. La lecture des observations publiées démontre au contraire que cette opération s'exécute avec une extrême facilité. Une circonstance qui favorise singulièrement la réduction est l'état d'ivresse que présentent certains malades; telle était la femme dont M. Gardé a relaté l'observation. La résistance musculaire fut nulle; la ma-

lade n'accusa que peu de douleurs, et la luxation fut réduite, dit M. Gardé, *avec une facilité surprenante*. Il est plus que probable qu'aujourd'hui l'éthérisation amènerait les mêmes résultats.

Dans les luxations récentes, et toutes celles que je connais se rapportent à cette catégorie, il sera rarement nécessaire d'avoir recours à l'emploi de moufles, de poulies ou de machines quelconques. Trois ou quatre aides dans le choix desquels il faut rechercher plutôt la force que l'intelligence, un ou deux lacs au besoin, suffiront dans la majorité des cas. On fait pratiquer la contre-extension sur le bassin et la partie supérieure de la cuisse, l'extension sur le pied et la partie inférieure de la jambe. Un des lacs passé sous l'ischion, comme pour les luxations du fémur, l'autre fixé autour de l'articulation tibio-tarsienne, facilitent beaucoup ces tractions qui doivent s'exercer suivant l'axe du membre. M. le professeur Velpeau recommande que la jambe soit d'abord légèrement tirée en arrière ; cette précaution peut être utile, mais ne me paraît point indispensable. D'ailleurs M. Malgaigne fait observer que les aides en tirant sur les deux extrémités du membre ne peuvent ainsi diriger le sens de l'extension : « *En dépit d'eux*, ajoute M. Malgaigne, *elle tendra toujours à se faire en ligne droite.* » Les choses étant ainsi disposées, le chirurgien, placé au côté externe du membre, surveille la manœuvre, puis, quand il juge les tractions suffisantes, il opère la coaptation en refoulant les os en sens contraire. Une secousse particulière ou bien un claquement distinct annoncent la réduction, laquelle se confirme encore par l'examen du genou qui a repris sa forme primitive, et retrouvé la régularité de ses mouvements.

Il est un procédé de réduction très simple que M. Malgaigne a jugé devoir être très efficace, c'est celui de M. Lavalette : « *Je fis exercer sur la jambe et le pied*, dit-il, *tandis que je saisis*

la cuisse avec mes deux mains vers la partie inférieure, de manière que les quatre doigts de chaque main fussent en arrière appuyés sur les condyles du fémur, et les deux pouces en avant sur l'extrémité supérieure du tibia; mes mains ainsi disposées, j'exerçais la contre-extension et contribuais à l'extension par mes deux pouces placés sur le tibia que je repoussais en bas; je jugeai en même temps par la position de ces deux doigts du chemin que l'extension exercée par un aide faisait parcourir à l'extrémité déplacée du tibia. Lorsque je crus cette extension suffisante, je pressai fortement en avant les condyles du fémur qui, en reprenant leur place naturelle, firent un bruit entendu par les assistants. » (Lavalette, *loc. cit.*)

La simplicité du procédé me paraît séduisante; il offre l'avantage de faciliter le refoulement des surfaces articulaires et par suite leur coaptation; aussi, je pense que la conduite de M. Lavalette devra trouver des imitateurs.

M. Velpeau veut qu'on imprime au tibia *des mouvements de bascule un peu brusqués* dans les cas où on éprouverait quelques difficultés à réduire. Je crois, comme M. Malgaigne, que ce moyen ne serait utile que dans les cas où, la luxation datant de plusieurs jours, on se proposerait de détruire les adhérences qui se seraient établies.

Une fois la luxation réduite, comme elle doit avoir une grande tendance à se reproduire et que d'autre part la cause qui a donné lieu à l'accident a produit de graves désordres dans l'articulation, il est indispensable de condamner le mala de aurepos le plus absolu. Le membre étendu sera placé sur un plan oblique de manière que le talon se trouve au lieu le plus élevé. Une bande convenablement serrée aura pour but, en maintenant les parties, de s'opposer aux progrès du gonflement articulaire. Si la compression ne pouvait être supportée, ce qui est arrivé chez la femme Baptiste, on la remplacerait par de larges cataplasmes arrosés de liqueurs résolutives. Dans le cas où une réac-

tion trop vive viendrait à se manifester, nul doute qu'une ou plusieurs émissions sanguines ne fussent parfaitement indiquées.

Au surplus, nous savons tous maintenant que les suites de cette luxation ne sont en général suivies d'aucun accident; il me paraît donc inutile d'insister sur les moyens que devraient requérir des complications qui ne se présentent point.

Il me reste cependant à examiner un point d'une grande importance, je veux parler de l'époque à laquelle on peut permettre quelques mouvements au membre. En général, les malades commencent à marcher beaucoup trop tôt, et j'ai la conviction que cette imprudence est souvent payée par de la claudication qui persiste toute la vie. Il faut que les ligaments et les muscles qui ont été rompus aient le temps de prendre un peu de consolidation avant que l'articulation puisse se mouvoir sans danger; aussi j'estime que ce n'est guère qu'au bout de trois semaines à un mois que l'on commencera à faire exécuter quelques flexions au genou. Ces mouvements dirigés par le chirurgien augmenteront peu à peu d'étendue jusqu'au jour où il croira pouvoir permettre l'usage des béquilles, lesquelles ne seront abandonnées que du moment où l'articulation aura repris sa force et sa liberté.

OBSERVATION

D'UNE

COMMUNICATION ENTRE L'ARTÈRE BRACHIALE

ET LES VEINES PROFONDES DU PLI DU BRAS,

Par E. FOLLIN,

Interne des hôpitaux, aide d'anatomie à la Faculté de médecine.

L'histoire des anévrismes artérioso-veineux est loin d'être complète, et dans les nombreuses recherches entreprises pour éclaircir ce point encore obscur de la chirurgie, l'on n'est parvenu qu'à bien définir certaines parties de la question. Les importants travaux de Williams Hunter, de Scarpa, de Guattani, d'Ant. Brambilla, de Dupuytren, de Breschet et de tant d'autres chirurgiens moins connus n'ont porté que sur une seule espèce d'anévrisme artérioso-veineux, celle dans laquelle l'artère brachiale communique avec les veines superficielles du pli du bras. Cependant il existe une autre forme d'anévrisme artérioso-veineux; mais elle a échappé à presque tous les observateurs. Je n'en ai trouvé dans la science que deux observations bien évidentes, c'est l'anévrisme artérioso-veineux dans lequel il existe une communication entre l'artère et les veines brachiales profondes. Du reste, la position anatomique des veines satellites de la brachiale, leur dilatabilité sous l'influence du cours du sang, ne permettent guère de comprendre comment une certaine direction de la plaie artérielle n'atteindrait pas en même temps la veine médiane basilique, l'artère brachiale et une de ses veines satellites. La direction oblique de la blessure, certaines autres circonstances qu'il est inutile d'indiquer ici, expliquent comment la plaie de la paroi postérieure de la médiane basilique se cica-

trisant, il ne restera plus en définitive qu'une communication simple de l'artère brachiale et d'une de ses veines satellites. Il serait donc convenable de rechercher si les veines profondes ne sont pas plus souvent qu'on ne l'a cru blessées en même temps que l'artère à la suite d'une saignée malheureuse. L'état anatomique de ces veines devrait donc, dans tous les cas, être indiqué avec plus de précision ; car dans beaucoup d'observations on ne semble point avoir tenu compte de ce symptôme et se douter que la communication soit possible entre l'artère brachiale et les veines profondes. C'est cependant là un fait bien acquis à la science. Mais dans l'histoire des communications entre l'artère brachiale et les veines profondes, il faut encore, je pense, bien distinguer deux cas. Dans l'un l'artère brachiale communique à la fois avec les veines superficielles et les veines profondes ; dans l'autre la blessure des veines superficielles étant cicatrisée, l'artère communique seulement avec ses veines satellites. Cette distinction peut être appliquée aux deux seules observations que la science possède sur ce sujet. De ces observations l'une appartient à M. Pouydebat et me paraît devoir être rangée dans la première catégorie ; l'autre est due à M. Voillemier et sera placée dans la seconde. C'est à côté de l'observation de M. Voillemier que la nôtre doit prendre place.

Je rapporterai d'abord l'observation qui m'est propre ; et rappelant ensuite d'une manière sommaire les deux autres, j'en indiquerai les analogies et les différences.

Le malade soumis à notre observation, Ch.-Alfred Maréchal, âgé de vingt-cinq ans, tourneur en bois, demeurant à Paris, rue du Faubourg-Saint-Antoine, 141, a été couché salle Saint-Antoine, n° 27, dans le service de M. Bazin.

Le 9 juillet de l'an dernier il entra à l'Hôtel-Dieu pour une affection médicale. Il y fut couché salle Sainte-Jeanne, n° 44. Le 12, une saignée, jugée nécessaire, fut pratiquée sur la veine

médiane basilique droite, seule veine assez développée à ce bras chez ce sujet. La lancette pénétra profondément et la ponction produisit une très vive douleur qui s'irradia aussitôt dans tous les doigts de la main. La précision anatomique avec laquelle le malade indique le trajet de la douleur permet de croire que le nerf médian a été lésé. Aussitôt un jet sanguin violent se manifesta et jaillit sur le lit voisin. Le malade assure que ce jet était saccadé; il ne peut rien dire relativement à la couleur du sang ni à la présence de deux courants. Cette saignée ne s'arrêta pas facilement et l'on fut forcé d'établir sur le bras une compression assez forte. Dès lors la saignée ne laissa plus rien couler, et au bout de deux jours on put enlever la bande. Une très petite saillie bleuâtre de deux lignes de hauteur environ, un peu douloureuse à la pression, persistait seule. Le surlendemain de cette saignée, le malade, en appliquant la main sur le pli du coude, s'aperçut que quelque chose bouillonnait dans son bras et s'en plaignit à la sœur de service. On appliqua des compresses trempées dans de l'eau fraîche. La petite tumeur, produite évidemment par du sang infiltré, persista quinze jours environ, puis tout s'aplanit à la surface du bras.

Cet individu, qui exerce la profession de tourneur en bois, souffre de son bras droit après son travail de la journée; ce membre est aussi plus faible que l'autre, ce dont j'ai pu m'assurer en invitant le malade à me serrer les doigts alternativement avec les deux mains; il est assez souvent engourdi et un peu moins chaud que le gauche.

Maréchal est entré dans nos salles pour une affection typhoïde compliquée de pneumonie. Prêt à le saigner au bras droit, je constatai les signes d'un anévrisme artérioso-veineux. Je pratiquai alors la phlébotomie à gauche où la médiane basilique était aussi très rapprochée de l'artère. Le lendemain je priai M. Nélaton de voir ce malade avec M. Bazin, et un examen plus atten-

tif du pli du bras nous permit de constater les faits qui suivent.

1° La veine médiane basilique droite est bien marquée et traverse obliquement de dehors en dedans et de bas en haut le pli du coude, elle porte la trace cicatricielle de deux saignées. La supérieure a été faite il y a quatre ans; l'inférieure est celle qui a amené cet anévrisme.

2° La forme de la région ne paraît point altérée et de prime abord on ne découvre rien d'anormal; mais si l'on fait glisser légèrement la main sur le pli du coude, on trouve en dedans du tendon du biceps, sur le trajet de l'artère brachiale, un petit noyau de 1 centim. à 1 centim. et demi de hauteur. Cette nodosité profonde, peu distincte, fait une très légère saillie dans l'extension du membre; elle ne correspond point directement à la cicatrice de la saignée malheureuse; mais elle est située un peu au-dessus.

3° Au niveau du pli du coude et dans l'étendue de 2 centim. environ, on constate un soulèvement, isochrone aux battements du pouls, sensible au toucher et à la vue lorsqu'on regarde cette région de côté. On le fait disparaître en comprimant même légèrement l'artère brachiale. Le même soulèvement ne s'aperçoit point du côté opposé.

4° Le doigt, appliqué sur le pli du coude, perçoit le frémissement caractéristique de l'anévrisme artérioso-veineux, très fort au niveau de cette région et qui va en s'affaiblissant en haut et en bas. Il est encore sensible à deux travers de doigt au-dessous du pli du coude et jusqu'au milieu du bras environ; ce frémissement est continu, plus intense au moment de la diastole artérielle. Derrière lui l'on distingue le battement artériel qui est plus fort qu'à gauche. A mesure qu'on s'éloigne du pli du coude, ce frémissement va en s'affaiblissant et au milieu du bras on ne perçoit plus que le battement simple de l'artère, mêlé d'un très léger frémissement. La compression de la brachiale au-dessus

de l'anévrisme le fait disparaître; vient-on à appliquer une bande, comme pour la saignée, un peu au-dessus du pli du bras on voit se développer profondément une tumeur molle, fluctuante, légèrement expansible et qui est le siége d'un très léger frémissement, sans bruit de souffle si la circulation artérielle n'est pas tout à fait interrompue. Comprime-t-on plus fortement, le frémissement disparaît à son tour; relâche-t-on la bande, au contraire, le frémissement reparaît d'abord et est plus tard suivi d'un bruit de soufflet. M. Nélaton me fit remarquer un fait intéressant et qui donne au diagnostic une grande précision. Si, ayant soin de laisser libre la veine médiane basilique, on comprime la peau, même légèrement, de dedans en dehors, sur le trajet de la brachiale, au niveau du noyau induré, on fait disparaître entièrement ce frémissement. La même opération, répétée de dehors en dedans, ne produit aucun effet sur ce frémissement ni sur ce bruit de souffle.

5° L'oreille, appliquée sur la région antérieure du coude, perçoit un susurrus et un bruit de souffle continu à double courant, l'un plus fort, l'autre plus faible. Ce bruit de souffle me paraît en tous points comparable au bruit d'une locomotive qui prend sa course. Il a son maximum d'intensité au niveau du pli du bras et, comme le frémissement, il va en s'affaiblissant en haut et en bas. Cependant on le perçoit encore dans la sous-clavière et à la partie inférieure de l'artère radiale. Ces signes stéthoscopiques se distinguent aussi bien le bras levé qu'abaissé.

Ce frémissement et ce bruit de souffle sont entendus par le malade lorsqu'il est couché la main derrière la tête. Ils sont assez intenses pour l'empêcher de dormir et le forcent d'étendre son bras le long du corps.

6° L'examen des veines superficielles montre qu'elles ne sont pas plus dilatées à droite qu'à gauche ni le siége d'aucun battement, d'aucun frémissement. Tous les signes fournis par la pal-

pation et l'auscultation établissaient qu'il existait là une communication artérioso-veineuse. Mais quelle est sa nature? L'absence de varices anévrismales, de frémissement dans les veines superficielles, la disparition du susurrus et du bruit de souffle quand on comprimait sur le trajet de la brachiale, ne permettaient guère de douter qu'une communication avait lieu entre l'artère brachiale et l'une de ses veines satellites.

J'irai même plus loin en disant que de l'examen de certains signes et entre autres de celui signalé par M. Nélaton, il paraît résulter encore que la communication existe entre la veine brachiale interne et l'artère. La position de cette veine rend bien compte de l'absence d'une tumeur volumineuse; ces deux vaisseaux se sont soudés pour ainsi dire ensemble, et le noyau induré n'est dû qu'à un peu de sang infiltré et non résorbé, à un peu de lymphe plastique ou à une augmentation dans le volume et la consistance du vaisseau veineux.

La symptomatologie avait donc ici clairement défini le diagnostic, restait à le démontrer d'une manière plus expérimentale; l'occasion nous en fut offerte par une augmentation dans l'acuité des symptômes pneumoniques que présenta ce malade. On crut devoir faire une saignée; M. Nélaton me conseilla de la pratiquer sur la veine médiane basilique droite, et après avoir pris l'avis de M. Bazin, mon chef de service, je la fis devant ces messieurs dans la cicatrice même de la saignée malheureuse. L'ouverture de la veine laissa couler un jet non saccadé, d'un sang noir, comme celui qui sort d'une saignée ordinaire. Après avoir retiré trois palettes de sang et défait la bande, le jet sanguin s'arrêta de lui-même et sans aucune compression. Le diagnostic était donc établi d'une manière évidente, et il était impossible de contester la communication entre l'artère et la veine profonde.

Le soir la saignée était cicatrisée; nous constatâmes alors, M. Richet et moi, un phénomène assez curieux et jusqu'alors

inexpliqué. En auscultant avec soin l'avant-bras vers son milieu on entendait, en même temps que le bruit de souffle, mais d'une manière intermittente, un bruit de rappel, une sorte de piaulement bien distinct que je n'ai pu retrouver les jours suivants. Du reste il n'existait pas dans d'autres points du système artériel.

L'observation que je viens de vous soumettre, messieurs, me paraît la seule où l'on ait pu s'assurer, comme nous l'avons fait pendant la vie, de la certitude du diagnostic. A ce point de vue elle était déjà fort curieuse. La nature de la lésion ne la rendait pas moins intéressante, et à ce double titre j'ai cru pouvoir vous les communiquer.

Si, jetant maintenant un regard en arrière, nous lui cherchons des analogues dans la science, nous trouvons qu'elle peut être rapprochée de l'observation de M. Voillemier, mais qu'elle diffère évidemment de celle de M. Pouydebat. Je rappellerai en quelques mots ces analogies et ces différences. L'observation de M. Voillemier a été publiée dans le *Bulletin de thérapeutique* (année 1843). A la suite d'une saignée mal faite, le bras du malade s'infiltra d'une grande quantité de sang qui se résorba peu à peu. Un mois après on pouvait constater dans le pli du bras une tumeur, de la grosseur d'une forte main, un peu aplatie, avec pulsations isochrones au pouls, offrant un mouvement d'expansion des plus marqués. La main et l'oreille percevaient un frémissement très distinct, plus fort dans l'extension du membre. Comme dans notre observation, les veines superficielles n'offraient aucun battement, aucune dilatation. La ligature de la brachiale fut faite par M. Lenoir au milieu du bras; de graves accidents nécessitèrent celle de l'axillaire et enfin l'amputation du membre. A l'examen anatomique on put constater que les veines superficielles n'étaient nullement intéressées. Au niveau du pli du bras, dans le point où existait la tumeur anévrismale, on trouvait la paroi antérieure de l'artère détruite dans l'étendue d'un centi-

mètre. A la partie interne de l'artère était accolée une grosse veine satellite, presque aussi volumineuse que l'artère, ayant sa paroi externe et antérieure détruite. Les deux vaisseaux communiquaient aussi largement par le moyen de la poche anévrismale qui s'élevait au devant d'eux. Cette poche présentait environ 2 centimètres de longueur et 1 de largeur; elle était remplie de caillots de sang putréfié ainsi que les tissus environnants, dont une partie était putréfiée.

Quoiqu'il ait été impossible, dans notre cas, de constater anatomiquement la disposition des parties, je crois que, de l'étude des symptômes, on peut facilement conclure à une assez grande analogie entre notre observation et celle de M. Voillemier. Seulement dans le fait de M. Voillemier il existait un véritable anévrisme artérioso-veineux, tandis que dans le nôtre il s'agit simplement d'une communication artérioso-veineuse.

Voilà pour les différences. Les analogies sont dans l'absence de communications avec les veines superficielles et dans la lésion unique de la veine brachiale interne.

Je vais maintenant chercher à établir que l'observation de M. Pouydebat constitue une espèce à part dans l'histoire des communications artérioso-veineuses du pli du bras. Quoique la description anatomique de la pièce fasse tous les honneurs de l'observation de M. Pouydebat, l'existence de varices anévrismales et celle d'un bruissement artériel dans les veines superficielles du pli du bras, établissent clairement une communication entre l'artère et les veines. D'une autre part, à la dissection, on trouva que l'artère communiquait avec une des veines profondes. Mais j'aime mieux relater ce fait en quelques mots. La femme qui fait le sujet de cette observation, à la suite d'une saignée vit se développer au pli du bras un anévrisme variqueux, du volume d'une aveline. M. Roux appliqua une ligature au-dessus de la tumeur qui disparut, mais avec persistance de varices anévris-

males. Un an après, M. Roux tenta d'appliquer une seconde ligature au-dessous de l'anévrisme; mais les difficultés de l'opération ne lui permettant pas de reconnaître le siége précis de la blessure artérielle, il plaça de nouveau la ligature au-dessus de la tumeur. Les varices anévrismales et le bruit artériel dans les veines superficielles persistèrent. Une nouvelle ligature, à trois pouces au-dessus de la première, fut jugée nécessaire; une hémorrhagie eut lieu trente-six heures après cette opération, et l'amputation du bras pratiquée permit de reconnaître qu'une communication existait entre l'artère brachiale près de sa terminaison et les veines profondes de l'avant-bras. Cette communication avait lieu par un canal d'environ un pouce de longueur qui se continuait en haut avec la veine brachiale profonde.

Ces faits sont précis; mais l'état anatomique des veines superficielles est mal indiqué dans l'observation de M. Pouydebat. Quoi qu'il en soit, la symptomatologie éclaire ici le diagnostic mieux que l'anatomie pathologique et l'existence de varices anévrismales, la persistance du bruissement dans les veines superficielles ne permettent guère de douter qu'il existait là cette forme d'anévrisme dont nous avons soupçonné la possibilité en commençant ce travail, à savoir la communication de l'artère à la fois avec la médiane basilique et les veines superficielles. Ainsi la médiane basilique n'existait point sur la pièce anatomique de M. Pouydebat. Le tronc même de la basilique se terminait à 2 ou 3 pouces au-dessus du niveau du pli du bras par une extrémité frangée, inégale, comme déchirée, et on ne put reconnaître de quelle manière ce tronc de la basilique se terminait à l'avant-bras. Toutefois, au niveau du lieu où existait la communication de l'artère et de la veine brachiale profonde, on voyait un lambeau de veine détaché qui se continuait probablement avec la veine basilique. C'est la suppuration qui sans doute ici avait détruit les rapports des parties et ne permettait plus de

retrouver à l'aide du scalpel ce qu'une étude attentive des symptômes avait si bien montré.

De ces trois observations et des remarques qui les accompagnent je crois qu'il est possible de conclure ce fait curieux et non encore signalé, à savoir qu'il existe deux formes de communications entre l'artère brachiale et ses veines satellites. Dans l'une, l'artère brachiale communique seulement avec ses veines satellites ; dans l'autre, elle communique à la fois avec les veines profondes et les veines superficielles.

RAPPORT

SUR LE

TRAVAIL DE M. FOLLIN,

PAR M. MICHON.

Messieurs,

Vous avez chargé MM. Huguier, Guersant et moi, de vous rendre compte d'un travail lu, l'année dernière, par M. Follin à la Société de chirurgie. Des circonstances fâcheuses et bien indépendantes de ma volonté m'ont mis dans l'impossibilité de m'acquitter plus tôt de mon devoir envers vous et envers M. Follin. Recevez tous mes remerciements pour votre longue indulgence, et veuillez encore en user quelques minutes envers moi.

Le travail de M. Follin comprend plusieurs choses bien distinctes : 1° une observation très intéressante, non seulement par la rareté du fait qui en est l'objet, mais aussi parce qu'elle est recueillie avec soin et étudiée dans tous les détails. 2° Une espèce d'aperçu historique précède ; il aurait pour but de fixer l'état de la science au moment où l'auteur nous a lu son observation. 3° De courtes réflexions suivent ; c'est dans cette partie de son mémoire que l'auteur cherche à établir une comparaison entre le fait qu'il vous a communiqué et deux autres, qui ont cours dans la science, pour en tirer des conclusions plus ou moins nouvelles.

L'observation elle-même recueillie, comme le fait remarquer M. Follin, sous les yeux, j'ai presque dit sous la direction de notre collègue M. Nélaton, et par un homme de la valeur et de l'instruction de M. Follin, est digne de toute espèce d'éloges,

elle mérite la plus grande publicité. Vous avez pu du reste vous assurer par vous-mêmes, à la séance dans laquelle le malade vous a été présenté, de la sagacité de l'observateur, de l'exactitude des détails, et voir combien avait été complète l'étude qu'on avait faite du malade. Sous ce point de vue, votre commission n'a rien à ajouter ni à retrancher au travail de M. Follin.

Les remarques peu nombreuses qu'elle croit devoir vous soumettre portent donc exclusivement sur la première et la troisième partie du mémoire. Et d'abord, est-il rigoureusement vrai, comme l'avance M. Follin, que l'histoire de l'anévrisme artérioso-veineux soit loin d'être complète, que ce soit encore un point obscur de la chirurgie dont l'on est parvenu à ne bien définir que certaines parties? est-il vrai surtout que les travaux des chirurgiens n'aient porté jusqu'à ce jour que sur une seule espèce d'anévrisme artérioso-veineux, celle dans laquelle l'artère brachiale communique avec les veines superficielles du pli du bras?

Pour répondre à la première question, il s'agit d'abord de s'entendre sur la signification du mot complète; si par là on veut dire que chaque nouveau fait observé apporte avec lui le cachet de son individualité sans que cependant il change rien à l'espèce, assurément non, l'histoire de l'anévrisme artérioso-veineux n'est pas complète; il est bien peu de parties de la chirurgie desquelles on ne puisse dire la même chose. Il s'en faut de beaucoup en effet que toutes les variétés *possibles* et *prévues* d'anévrisme artérioso-veineux aient été observées sur l'homme. L'observation de M. Follin est à ce point de vue essentiellement intéressante; elle confirme des prévisions, des remarques anatomiques déjà faites, elle établit des analogies pressenties, mais elle n'ajoute rien à l'histoire de l'anévrisme artérioso-veineux; ce sont les mêmes phénomènes, le lieu seul de la scène est

changé. Quant au second point, à savoir que les travaux des chirurgiens n'auraient porté jusqu'à ce jour que sur une seule espèce d'anévrisme artérioso-veineux, cette assertion ne peut provenir que d'une préoccupation momentanée de M. Follin, par trop pénétré du sujet qu'il voulait traiter.

Enfin faut-il admettre, avec lui, que l'anévrisme artérioso-veineux, lorsqu'il a son siége dans une veine satellite profonde, a jusqu'à ce jour échappé à presque tous les observateurs? N'est-il pas plus juste de croire que la rareté du fait lui-même est la cause de la rareté des observations? Je pencherais vers cette dernière opinion, si je ne savais que plus d'une fois il a suffi de fixer l'attention pour faire naître des faits jusque-là inconnus. Quoi qu'il en soit, il est possible que plusieurs variétés d'anévrisme artérioso-veineux soient observées dans la suite, sans cesser d'être très rares.

Dans la troisième partie de son travail, M. Follin rapproche son observation d'une observation, selon lui, semblable qui appartient à M. Lenoir et qui a été publiée par M. Voillemier. Nous ne saurions ni admettre ni rejeter l'observation de M. Voillemier, de la catégorie dans laquelle ce chirurgien et M. Follin l'ont placée. Il nous suffira, pour justifier notre réserve, de vous rappeler que durant la vie du malade plusieurs chirurgiens ne furent point d'accord sur la nature de l'anévrisme; que M. Lenoir l'opéra, croyant avoir à faire à un anévrisme faux primitif; que les pièces présentées à la Société anatomique étaient dans un tel état de gangrène ou de putréfaction que la plus grande divergence se manifesta dans les opinions des membres de cette Société. Que, plus tard, une discussion s'étant élevée au sein de la Société de chirurgie au sujet de cette même observation, il en résulta pour plusieurs de ses membres, pour Aug. Bérard en particulier, que M. Lenoir avait eu à faire à la variété d'anévrisme artérioso-veineux que le même Aug. Bérard venait de

décrire le premier en lui assignant, dans l'histoire des anévrismes, la place qu'elle doit conserver.

Enfin il est une dernière remarque qui n'a pu échapper à votre commission : elle est relative aux conclusions que M. Follin tire de son travail. Ces conclusions, parfaitement justes au fond, ne sauraient être admises intégralement dans leur forme, elles sont ainsi formulées : *de ces trois observations* (celle de M. Pouydebat, celle de M. Voillemier, et celle de M. Follin), *je crois qu'il est possible de conclure ce fait curieux et non encore signalé, etc.*

La possibilité du fait est admise, signalée dans les ouvrages élémentaires ; son existence a aussi passé depuis plusieurs années à l'état de réalité dans la science. Nous n'en voulons pour preuve que l'observation de M. Pouydebat elle-même, celle qui sert de base à une partie de ces conclusions, elle a été publiée en 1835, et celle de M. Voillemier telle que ce chirurgien l'a présentée ; elle date aussi de plusieurs années ; je ne fais pas mention de la thèse de M. Morvan, publiée quelques mois avant la publication de M. Follin.

En présence d'une observation si soigneusement recueillie et si judicieusement exposée, votre commission a hésité à vous soumettre quelques remarques critiques, mais elle n'a pas dû laisser passer inaperçues, au sein de la Société de chirurgie, quelques erreurs quand il s'agissait d'une maladie dont plusieurs de ses membres, Aug. Bérard et M. Nélaton entre autres, ont dans ces derniers temps puissamment contribué à élucider l'histoire.

TUMEUR VARIQUEUSE DU SCROTUM

AVEC

DILATATION DU PLEXUS PAMPINIFORME JUSQU'AU REIN;

INFLAMMATION ET SUPPURATION DES VEINES DE LA TUMEUR ET DU PLEXUS,

Par M. le docteur ESCALLIER,

Ex-interne de la Maison nationale de santé.

PREMIÈRE OBSERVATION.

Le nommé Alexandre Saint-Louis, domestique de race noire, âgé de vingt ans, né à la Pointe-à-Pître (Guadeloupe), demeurant à Paris, rue Godot-Mauroy, 41, entre à la maison de santé (service de M. Monod) le 27 février 1848; il est muni d'une lettre du médecin qui l'a soigné, et qui le déclare affecté depuis quatre jours d'une pleuro-pneumonie et depuis deux jours d'une hernie étranglée irréductible. — Je vois le malade à cinq heures du soir; voici en résumé les renseignements qu'il me donne sur son état de santé antérieur.

Depuis deux ans il porte dans le scrotum une tumeur qui monte et qui descend; elle disparaît par le décubitus dorsal aidé d'une légère pression; depuis un temps plus long il est sujet à la toux et aux points de côté; il a quelquefois craché du sang. Il y a quatre jours il a été pris d'une douleur de côté à droite un peu plus vive qu'à l'habitude, avec même toux et même expuition sanguine; quinze sangsues appliquées sur le point douloureux, au-dessous de la mamelle droite, ont suffi pour calmer ces accidents; mais il y a trois jours sont survenus des vomissements bilieux avec douleur dans tout le ventre, surtout dans le

côté gauche : le lendemain matin, qui est la veille du jour de l'entrée, la tumeur des bourses était douloureuse, plus volumineuse, et ne rentrait pas dans le ventre même sous l'influence des pressions énergiques du malade : les vomissements bilieux ont cessé hier ; la constipation persiste depuis trois jours.

Ces renseignements recueillis, je constate l'état suivant :

Décubitus dorsal avec affaissement très marqué ; plaintes, parole pénible, face grippée.

Nausées continuelles, vomituritions de matières salivaires, vomissements des boissons peu de temps après leur ingestion, sans trace de matières bilieuses ni stercorales. Langue grise et sèche ; soif assez vive.

Ventre assez souple, douloureux ; la pression en est difficilement supportée, surtout du côté gauche.

Le scrotum du même côté est plus sensible que le ventre à la pression ; il est plus volumineux que du côté opposé ; par la palpation on y reconnaît deux tumeurs, l'une à la partie inférieure évidemment formée par le testicule qui semble parfaitement sain ; l'autre à la partie supérieure qui n'offre pas les mêmes caractères dans toute son étendue ; en haut, en arrière et en bas, l'on sent des nodosités qui se lient par des cordons également noueux, d'une part au testicule et d'autre part à l'anneau dans lequel on peut toutefois introduire l'extrémité du petit doigt ; en avant et au milieu elle est dure, non élastique, assez régulièrement ovoïde ; son mat à la percussion. Au niveau du canal inguinal pas de tuméfaction apparente, mais la pression est fort douloureuse.

La poitrine examinée avec soin n'offre aucun signe physique de maladie ; toux rare, expuition salivaire et muqueuse.

Pouls petit, très fréquent ; un peu de refroidissement général.

Pas de céphalalgie ; intelligence nette.

Un lavement purgatif a été administré une demi-heure avant

que je visse le malade; il a été rendu quelque temps après sans ramener de matières.

J'essaie le taxis, quoique je sois peu disposé à admettre l'existence d'une hernie; j'endors même le malade avec le chloroforme pour favoriser les tentatives de réduction; mais après quelques minutes je fais appliquer sur le ventre et la tumeur un cataplasme émollient, et je vais trouver mon maître M. Monod pour le prier de voir le malade le soir même; à huit heures il constate l'état que j'ai indiqué, et ne croyant pas à l'existence d'une hernie, il prescrit : 1° un grand lavement à l'eau tiède avec un irrigateur contenant cinq ou six litres; 2° frictions d'huile camphrée et cataplasmes émollients sur le ventre; 3° glace en petits fragments à l'intérieur.

Le 28 février, à huit heures du matin, M. Monod et moi trouvons le malade dans un affaissement complet, ne répondant plus aux questions qu'on lui fait et qu'il ne paraît pas comprendre; il n'y a pas eu de nouveaux vomissements, l'irrigateur a procuré une selle copieuse formée de matières dures et noirâtres; la tumeur est plus volumineuse, avec les mêmes caractères, le ventre peu tendu, si ce n'est dans la région hypogastrique, car la vessie est pleine. (On sonde le malade, 30 sangsues sur le trajet du canal inguinal gauche, glace.)

Mort à quatre heures du soir.

Autopsie, le 1er mars, quarante heures après la mort.

Les téguments du scrotum étant incisés avec précaution jusqu'à l'anneau inguinal, je reconnais un crémaster à anses rouges, très développées; au-dessous, je découvre une tumeur, revêtue d'une enveloppe fibreuse, ayant le volume d'un petit œuf de poule à grand diamètre vertical, qui offre de légères bosselures en avant et des nodosités en arrière; cette tumeur est liée au

testicule par un cordon fibreux extérieurement, ayant 8 centimètres environ de largeur, sur 2 ou 3 de diamètre, tandis que de sa partie supérieure part un autre cordon également muni d'une tunique fibreuse, du diamètre du petit doigt, lequel, après 2 centimètres environ de trajet, pénètre dans l'anneau inguinal sans le distendre; l'incision de la partie antérieure de l'abdomen me permet de suivre le cordon dans le canal inguinal et dans la cavité abdominale, où, offrant les mêmes caractères extérieurs, il se prolonge en suivant le détroit supérieur du bassin et le côté gauche de la colonne lombaire jusqu'au niveau du rein. Je décolle sans difficulté le cordon inguino-abdominal au sein du tissu cellulaire lâche dans lequel il est plongé; ce tissu cellulaire est parfaitement sain.

L'incision de la tumeur du scrotum suivant son grand diamètre donne issue à du sang et à du pus rougeâtre; à l'aide du filet d'eau il m'est facile de reconnaître la source de ces liquides, car sa coupe offre un grand nombre de lobules dont les unes sont vides, et les autres remplies de caillots plus ou moins cohérents, les uns noirs, les autres bruns-jaunâtres; le fond en est hémisphérique et tapissé par une membrane assez épaisse, parfaitement semblable à celle des veines, un peu hypertrophiée; l'ouverture béante offre 1 à 2 centimètres de diamètre; quelques unes d'entre elles communiquent par leur fond ainsi qu'on peut s'en convaincre avec un stylet. Entre ces petites cavernes existe un tissu cellulaire très serré, presque lardacé, dans un espace à peu près égal à celui qu'elles occupent; à ce tissu adhère intimement la membrane interne de ces loges qui sont ainsi maintenues béantes, comme l'est la lumière des veines hépatiques dans le foie. Autour de cette intrication celluloso-vasculaire existent, pour compléter la tumeur, plusieurs enveloppes de tissu cellulaire de plus en plus condensé jusqu'à la plus extérieure qui offre tous les caractères du tissu fibreux.

L'incision et la dissection du cordon intermédiaire au testicule et à la tumeur me permettent de reconnaître, renfermées dans un étui fibreux, huit à dix veines séparées les unes des autres par du tissu cellulo-fibreux, offrant quelques anastomoses, distendues les unes par du sang, les autres par des caillots récents; j'en ai suivi quelques unes jusqu'à la tumeur.

Le bistouri, porté sur le conduit inguino-abdominal, après avoir traversé plusieurs couches de tissu cellulo-fibreux, laisse sortir dans plusieurs points du pus, tantôt grisâtre, tantôt gris-rougeâtre; la dissection me permet de reconnaître, comme dans le cordon inférieur, plusieurs veines séparées les unes des autres par du tissu cellulaire lâche, injecté, mais n'offrant aucun foyer de suppuration; de ces veines les unes sont grises et ont le volume d'un petit tuyau de plume; elles sont distendues par du pus grisâtre; les autres sont brunes et moins volumineuses, elles sont remplies d'un caillot noirâtre, très consistant et adhérent. Je dissèque six de ces veines jusqu'à la tumeur dans laquelle elles pénètrent manifestement, comme on s'en assure soit par la pression qui fait refluer le pus de la tumeur dans les veines et réciproquement, soit par l'incision de ces veines; la cavité au niveau de la tumeur s'agrandit tout-à-coup en même temps que leurs parois présentent plusieurs ouvertures qui permettent une libre communication des locules les unes avec les autres.

Je n'ai pas poursuivi de suite la dissection intime de la tumeur; mais, après avoir laissé la pièce macérer deux jours dans l'eau froide, j'ai pu alors facilement décoller dans une partie de la tumeur le tissu cellulaire serré qui enveloppe et sépare les loges vasculaires, j'ai pu reconnaître ainsi très manifestement la disposition suivante que l'on peut vérifier : des canaux veineux, dilatés au point d'avoir acquis le volume d'un gros tuyau de plume, courent dans la tumeur en formant des circonvolutions constituées elles-mêmes par des anses, communiquent entre

eux par de petits orifices au niveau desquels un rétrécissement très marqué à l'extérieur indique l'anastomose, et se continuent en haut et en bas avec une des petites veines qui entrent dans la composition des cordons supérieur et inférieur. Si l'on a bien saisi cette disposition, on conçoit facilement qu'au moyen d'une coupe on obtienne de larges bouches béantes dont quelques unes communiquent entre elles ; car ce sont les deux extrémités d'une anse dont le sommet renferme le canal de communication. En faisant cette préparation, j'ai pu, quoique la pièce macérât depuis deux jours, faire rendre encore en deux points de la matière purulente.

Le tissu cellulaire de l'abdomen n'offrait aucune altération. J'ai incisé dans tous les sens les poumons, le foie, la rate, ils n'étaient le siége d'aucune lésion; le cœur était rempli de caillots, mous et noirs dans les cavités droites, fermes et jaunâtres à l'extérieur dans les cavités gauches; un caillot noir obturait la veine rénale dont les parois m'ont paru parfaitement saines.

Tout, dans l'observation qui précède, me paraît exceptionnel et intéressant : la nature de la tumeur, son siége, son origine, sa terminaison, son diagnostic, et, comme conséquences, le pronostic et le traitement. Une sorte de tumeur caverneuse ou érectile sur le trajet d'un varicocèle avec suppuration des veines qui les constituent, c'est une maladie dont je n'ai pas trouvé la moindre mention dans nos plus riches recueils d'anatomie pathologique ; j'ai en vain parcouru le *Sepulchretum* de Morgagni, l'*Anatomie pathologique* de M. Cruveilhier, les *Bulletins de la Société anatomique*, le Traité d'Hogdson sur les *Maladies des vaisseaux ;* les auteurs qui ont écrit sur le varicocèle, sur la hernie étranglée, n'indiquent nulle part que l'une de ces maladies dans une circonstance donnée puisse être prise pour l'autre. Mais, singulier hasard, j'ai eu l'année dernière l'occasion d'observer

un fait très semblable au précédent; il s'agissait d'un malade auquel donnaient leurs soins MM. Velpeau, Roux et Henri, et je fis l'autopsie sous leur direction. C'était la première fois qu'une pareille maladie se présentait à l'observation de ces messieurs; la pièce fut présentée par moi à la Société anatomique, et par M. Velpeau à sa clinique; voici le résumé de l'observation d'après les renseignements qui m'ont été donnés par M. Henri.

DEUXIÈME OBSERVATION.

M. T..., riche brésilien en voyage à Paris, portait depuis vingt ans environ dans le scrotum du côté droit une tumeur qui diminuait dans le décubitus sans disparaître complétement; au Brésil elle avait été prise pour une hydrocèle, et une fois seulement, à une époque qui n'a pu être exactement déterminée elle avait été le siége d'une vive douleur avec vomissements bilieux; des sangsues et des lavements avaient mis fin à ces accidents. Le 29 avril 1847, il fut pris tout-à-coup, sans cause connue, de douleurs violentes dans le côté droit du ventre et du scrotum avec suppression des selles et vomissements bilieux. Appelé immédiatement, M. Henri crut à un étranglement, mais la tumeur du scrotum était mollasse, l'anneau était libre; l'état local ne justifiait pas ses prévisions; il fit demander MM. Roux et Velpeau en consultation. Ces messieurs pensèrent que la tumeur du scrotum était formée par une hernie épiploïque, mais que les symptômes généraux étaient dus à un étranglement dans la cavité abdominale; en conséquence ils se bornèrent à prescrire un grand nombre de sangsues, des boissons, des lavements purgatifs. Ce traitement fut impuissant; la constipation persista, les vomissements devinrent, dit M. Henri, stercoraux; le pouls

très fréquent et très petit, et le malade succomba le cinquième jour, sans avoir offert de symptômes d'infection purulente.

Autopsie.

Dans le scrotum existait une tumeur ovalaire, du volume d'un œuf de poule, légèrement bosselée à sa surface, grisâtre, assez molle ; on crut encore à une masse épiploïque ; un coup de bistouri fit sortir une grande quantité de matière purulente, d'un gris rougeâtre ; on put alors reconnaître un tissu composé d'un grand nombre de veines entrelacées, dont les circonvolutions étaient séparées par un tissu cellulaire infiltré de graisse ; leurs parois étaient manifestement hypertrophiées et adhéraient à ce tissu cellulaire de sorte que les ouvertures faites par le bistouri restaient béantes, et l'aspect général de la coupe était celui d'une éponge. Cette tumeur était presque adhérente au testicule parfaitement sain du reste ; elle remontait vers l'orifice du canal inguinal, diminuait de volume pour le traverser, puis arrivait dans l'abdomen pour se prolonger le long du détroit supérieur et de la colonne lombaire, en passant derrière les intestins ; dans ce trajet, sa forme était cylindrique et son volume celui d'un intestin grêle un peu aplati ; mais arrivée au niveau de la troisième vertèbre lombaire, elle s'épanouissait de manière à représenter un disque étendu jusqu'au diaphragme ; à ce niveau sa largeur était de $0^m,10$ environ, et son épaisseur de $0^m,04$. Les caractères extérieurs de cette tumeur abdominale étaient à peu près les mêmes que ceux de la tumeur scrotale ; mais à l'intérieur on rencontre une beaucoup moins grande quantité de pus dans les veines ; des caillots noirs, durs et consistants, oblitèrent la cavité de la plupart d'entre elles dans toute leur étendue et la partie supérieure de celles qui renferment du pus.

Intestins distendus par des gaz ; aucune trace de péritonite ; les autres organes n'ont pu être examinés.

Considérations générales.

Dans l'état actuel de la science, ces deux observations sont une véritable richesse, puisqu'elles paraissent être les seules qui aient été publiées; mais des observations isolées sont insuffisantes, la science vit de généralités; c'est pourquoi prenant ces deux faits pour base, j'ai cherché par la lecture, et par mes propres réflexions, à les seconder pour en tirer quelques considérations qui puissent servir à l'histoire générale de la maladie.

Anatomie pathologique.

La première question à examiner dans une maladie locale est celle de la lésion en elle-même : c'est la question d'anatomie pathologique; il est évident pour tout le monde que le système veineux forme la base du mal; il n'est pas moins clair qu'une partie de cette lésion est un simple varicocèle dont les éléments ont subi l'inflammation suppurative; mais quelle est la constitution de cette tumeur située sur le trajet de ces veines dilatées et enflammées? A consulter seulement la coupe de la tumeur, on est tenté de la comparer à une tumeur érectile veineuse dans laquelle l'élément cellulaire et graisseux aurait acquis un grand développement, ou à certaines hémorroïdes qui constituent presqu'à elles seules les formes de varices que M. Andral décrit comme constituant la cinquième ou la sixième espèce (voy. *Anat. path.*, t. II, p. 401).

« *Cinquième espèce* — Dilatation des veines avec développement à l'intérieur de cloisons qui séparent la cavité des lobules dans lesquelles s'amasse le sang; on pourrait croire à des tumeurs constituées par un tissu spongieux;

» *Sixième espèce* — Même disposition et de plus criblures des

parois de la veine qui communique ainsi, par une foule de petites ouvertures, avec le tissu cellulaire intermédiaire; supposez d'ailleurs plusieurs petites veines voisines ayant subi simultanément cette modification et venant à communiquer entre elles, on verra naître les différentes espèces de tissu érectile. M. Andral a observé cette dernière forme sur le trajet de la jugulaire externe. »

A ne consulter, je le répète, que la coupe des tumeurs, on pourrait rapporter à ces espèces de varices la maladie que nous étudions, mais on reconnaît par la dissection qu'il n'en est pas ainsi. En effet on a vu dans l'observation que la macération dans l'eau pendant deux jours m'a permis de constater les faits suivants : 1° tissu cellulaire abondant et serré qui enveloppe les veines et peut maintenant se décoller avec facilité; 2° veines dilatées, à parois épaissies, noires, consistantes, formant des circonvolutions à anses très serrées et s'anastomosant entre elles; 3° à l'intérieur pas de cloison ni d'ouverture de communication avec le tissu cellulaire, mais des rétrécissements également marqués à l'extérieur au niveau des anastomoses. On comprend avec cette disposition comment la coupe offre de larges loges béantes, et comment quelques unes communiquent entre elles par leur fond, puisque ce sont les deux extrémités ouvertes de la même anse vasculaire.

Je n'ai point trouvé dans la description des tumeurs hémorroïdaires ou érectiles de disposition semblable à celle-ci, qui pourtant me paraît plus simple, plus facile à comprendre et à se produire que celle des deux espèces décrites par M. Andral; faut-il rapporter aux mêmes espèces cette tumeur du testicule dont parle Brunet dans le *sepulchretum* (t. III, *de herniis*, *obs* 22) et rappelé par Morgagni : « tumor glandulosa et vesiculæ sanguine plenæ. » Du reste il s'agit ici d'une maladie du testicule et nullement sur le trajet du cordon.

J'ai vainement cherché des exemples de tumeur sur le trajet du cordon offrant à la coupe l'aspect du tissu caverneux ; les auteurs qui ont écrit sur les varices et les varicocèles n'en disent pas un mot. M. le professeur Cruveilhier a présenté à la Société anatomique (1827) deux tumeurs qui, formées par les veines du ligament rond mêlées à du tissu fibreux et musculaire, avaient été prises par lui sur le cadavre pour deux hernies épiploïques : mais il n'indique nullement dans ces tumeurs la disposition herniaire qui est si manifeste dans celles que j'ai observées.

Ainsi donc, au point de vue de leur constitution interne et au point de vue surtout de leur siége, nos tumeurs sont une maladie rare et exceptionnelle.

Pathogénie.

Serait-il possible de reconnaître sous quelle influence se développe cette espèce pathologique, pourquoi elle est aussi rare dans le point où nous l'avons trouvée et quelles conditions particulières ont pu la faire naître chez nos malades? Si je consulte ce qui se passe pour les hémorroïdes (puisque c'est l'espèce de tumeur qui ressemble le plus à celles que j'étudie), je trouve des phrases comme les suivantes : « Dans les cas où les varices rectales ont été une ou plusieurs fois le siége d'un travail inflammatoire assez intense, le tissu cellulaire qui les entoure et les sépare est infiltré, épaissi, et forme une masse indurée dans laquelle les veines altérées se trouvent enveloppées ; cette altération du tissu cellulaire donne aux hémorroïdes le caractère d'une tumeur solide. » Et aussi : « Les veines variqueuses s'enflamment, le tissu cellulaire voisin s'infiltre de lymphe coagulable, des adhérences s'établissent entre les parois veineuses et les tissus voisins ; il en résulte une masse solide, vasculaire et spongieuse (*Dict. de méd.*, t. XV). » Ces congestions inflamma-

toires sont causées par la constipation, des excès de marche ou de régime; d'autres fois elles sont presque périodiques et arrivent sans cause connue. Mais de pareilles congestions ne se montrent pas habituellement dans le varicocèle; à la suite d'un excès de marche ou après l'exercice du cheval, le malade y ressent quelquefois des tiraillements douloureux, mais ils disparaissent promptement sans revêtir le caractère inflammatoire; on comprend alors facilement dans le varicocèle l'absence de la dégénération propre aux hémorroïdes. Mais pour compléter la démonstration, il faudrait prouver que, par exception, chez nos deux malades leur varicocèle a été le siége d'inflammations véritables et souvent répétées; or, le Brésilien a été une fois atteint d'inflammation réelle et sérieuse, l'autre n'avait jamais accusé de douleur. Pourtant si l'inflammation suraiguë que j'ai observée peut expliquer l'épaississement et les adhérences des veines, il faut bien admettre une ou plusieurs inflammations antérieures pour expliquer cette induration du tissu cellulaire qui maintenait depuis longtemps les anses vasculaires serrées les unes contre les autres; il est donc probable qu'un état d'inflammation latente et presque continue a présidé à la formation progressive des tumeurs que nous étudions.

Un autre fait, qui mérite d'être remarqué et peut-être avec raison, à propos de la pathogénie, c'est que nos deux malades sont Américains; si l'on réfléchit en même temps que les chirurgiens dont l'expérience est la plus longue n'ont pas rencontré de faits semblables, ne peut-on pas raisonnablement demander si cette maladie, cette forme de varicocèle, n'est pas propre au climat sous lequel ces sujets sont venus au monde? Cette question ne pourrait être résolue que par la pratique américaine, mais en attendant je puis avancer les faits suivants: M. Velpeau m'a dit que le jeune fils du Brésilien présentait dans le scrotum une tumeur offrant plutôt les caractères d'une épiplocèle que

ceux d'un varicocèle. M. Barth, qui vit la pièce à la Société anatomique, déclara qu'il savait exister au Brésil comme fréquente une affection particulière du scrotum qui nécessite l'emploi de suspensoir, mais dont il ignorait la nature.

Le climat de l'Amérique aurait-il quelque influence sur la production de l'inflammation lente qui amène la transformation progressive du varicocèle?

Complication d'inflammation aiguë.

Quoi qu'il en soit, les tumeurs que nous étudions une fois formées, peuvent devenir le siége d'un accident très sérieux, une inflammation suraiguë avec suppuration; et on connaît la gravité de la formation du pus dans les veines. En est-il de même des autres tumeurs analogues? Boyer ne parle pas de l'inflammation des varices; mais on lit dans le *Compendium* de chirurgie (art. Phlébite) : « Il est un état anatomique des veines qui semble favoriser l'inflammation de ces vaisseaux, c'est leur dilatation ; » et à l'article Varices : « La phlébite est une complication fréquente des varices, du reste il est assez rare que cette phlegmasie se termine par suppuration. » Je n'ai pas trouvé d'exemple de tumeur érectile veineuse dont le tissu soit devenu le siége de suppuration. Les auteurs qui ont écrit sur les hémorroïdes disent qu'elles sont sujettes à s'enflammer, que cette inflammation peut même aller jusqu'à la suppuration, mais une suppuration extérieure, rarement intérieure. Quant au varicocèle, je suis encore à trouver un exemple d'inflammation bien constatée : sous ce rapport donc, les tumeurs que nous étudions offrent encore un caractère exceptionnel et qui leur est propre. Cette inflammation est-elle primitive ou consécutive à un étranglement? On peut assurer que chez nos malades elle était primitive, car l'anneau était libre dans les deux cas et dans

le second les douleurs vives, la constipation, les vomissements se sont montrés un jour avant que la tumeur fût devenue irréductible; l'inflammation des veines est donc survenue spontanément ou bien sous des influences inappréciables, et l'irréductibilité a été consécutive à l'inflammation propagée des veines au tissu cellulaire.

Diagnostic.

Jusqu'ici j'ai fait en quelque sorte l'histoire naturelle de la maladie; il faut maintenant parler de son histoire pratique, c'est-à-dire la mettre en présence du médecin qui doit la reconnaître, en apprécier la gravité et lui porter remède.

Je n'ai pas eu l'occasion d'observer cette maladie indépendamment de l'inflammation dont elle peut devenir le siége: mais si je combine les renseignements donnés par les malades avec les inductions que l'on peut tirer des symptômes présentés par la tumeur enflammée et de son examen anatomique, je crois pouvoir avancer qu'elle présentera les caractères suivants: 1° au milieu de nodosités évidemment vasculaires (à moins que la graisse ne soit trop abondante), on reconnaîtra une masse plus solide, plus volumineuse, irrégulière, ovoïde ou cylindrique, que l'on pourra prendre pour de la graisse ou pour un bouchon d'épiploon; 2° cette tumeur diminuera moins promptement que le varicocèle sous l'influence du décubitus dorsal, et une pression légère sera nécessaire pour que la masse solide rentre dans l'abdomen; 3° sous l'influence de la toux, même dans le décubitus, une partie de la tumeur, la masse solide, pourra reparaître. Or si l'on examine bien la valeur de ces caractères, on trouve que ce sont les caractères combinés de la hernie et du varicocèle, et presque tous les praticiens éclairés devront croire, ce me semble, à l'existence d'un varicocèle compliqué d'une hernie épiploïque. Y aurait-il quelque moyen d'éviter

cette erreur? Cela me paraît peu probable, si l'on considère combien l'épiplocèle est plus commune que la forme pathologique dont il s'agit; peut-être en général la tumeur épiploïque est-elle plus molle; dans tous les cas, instruit de la méprise possible, il faudrait, je crois, rester dans le doute et se garder d'employer aucun moyen violent.

Mais s'il est sage et raisonnable de rester dans le doute en l'absence de toute complication, il n'en est plus de même quand survient une vive inflammation; il faut chercher alors par tous les moyens possibles à reconnaître la maladie, car, d'une part, elle est fort grave et il est par conséquent nécessaire de la combattre par des remèdes prompts et énergiques; d'autre part, on pourrait, en se contentant d'un examen superficiel, aviser à une opération non seulement inutile, mais nécessairement mortelle. Ces caractères superficiels et trompeurs sont ceux qui appartiennent à la hernie étranglée; comparons donc les symptômes de cette maladie et ceux que nous avons observés chez nos malades.

Chez eux, comme dans la hernie étranglée, nous trouvons: une tumeur du scrotum autrefois indolente et disparaissant par le décubitus et la pression, actuellement douloureuse et irréductible, le ventre sensible, de la constipation, des vomissements continuels, qui ont même été stercoraux chez le Brésilien, un pouls très fréquent et petit, un refroidissement général. Mais en examinant de plus près, on constate dans ces symptômes une physionomie très différente de ceux de l'étranglement; la tumeur offre des nodosités plus ou moins marquées au sein desquelles se trouve une sorte de corps solide, mais elle est dépourvue de tension et d'élasticité; l'anneau inguinal est libre; le ventre n'est pas tendu; il est seulement douloureux et cette douleur est beaucoup plus marquée dans le côté gauche que dans le droit; la constipation a pu, dans un cas, être vaincue

avec une irrigation prolongée d'eau tiède dans le rectum; les vomissements bilieux chez le même sujet ont commencé avant que la tumeur fût irréductible, et ils sont ensuite devenus plus rares, formés de boissons et de matières salivaires. Quand on a nettement constaté un pareil état, l'on ne peut croire à une hernie étranglée, même épiploïque. Quelle sera donc une pareille affection? Les grands chirurgiens qui l'ont observée n'ont pas porté un diagnostic très affirmatif, et cela était bien naturel, puisque la science et la pratique ne leur auraient offert aucun exemple de cette maladie. Chez le Brésilien, les vomissements que l'on m'a dit avoir été stercoraux avec les caractères de la tumeur qui n'était pas tendue, mais qui n'offrait pas de nodosités vasculaires à cause de la grande quantité de graisse, avaient pu avec assez de raison faire soupçonner un étranglement interne et une hernie épiploïque non étranglée. Mais chez le nègre, éclairé par la première observation, reconnaissant dans la tumeur des nodosités évidentes et n'observant pas de vomissements stercoraux ni même bilieux, je mis de côté, ainsi que M. Monod, toute idée d'étranglement, même interne, et nous regardâmes comme la plus probable l'idée d'une tumeur variqueuse vivement enflammée. En résumé, je crois que l'on peut ainsi formuler les éléments du diagnostic dans ces cas difficiles :

1° La tumeur offre les caractères d'une partie enflammée, mais non étranglée.

2° Elle offre les nodosités du varicocèle avec une tumeur graisseuse ou épiploïque.

3° Les symptômes généraux qui simulent l'étranglement sont (excepté le cas de vomissements stercoraux) les symptômes communs à toutes les inflammations des viscères du ventre, surtout à la métrite et à la péritonite.

4° Le ventre n'est pas tendu comme dans l'étranglement interne et la péritonite, et il sera le plus ordinairement possible

d'obtenir des évacuations alvines à l'aide de l'irrigation continue d'eau tiède.

5° Enfin il ne sera pas sans intérêt de constater si le malade est Américain.

Pronostic.

Le pronostic d'une pareille maladie est évidemment fort grave, puisqu'il s'agit d'une phlébite, d'une phlébite multiple, qui, si elle n'amène pas la mort en peu de jours, comme chez les sujets que nous avons observés, la causera un peu plus tard d'une manière inévitable en conduisant le pus dans le torrent de la circulation. Toutefois, avec un diagnostic sûr et dans un cas récent, le pronostic perd de sa gravité; car la phlébite, quoique grave, est toujours une maladie inflammatoire, et la thérapeutique possède contre cette classe d'affections des agents d'une efficacité incontestable.

Traitement.

Ces agents dans un cas aussi grave doivent être dispensés avec une très grande énergie : saignées générales, saignées locales plus ou moins répétées et coup sur coup; bains prolongés, et dans l'intervalle cataplasmes émollients sur le ventre et sur le scrotum qui sera parfaitement soutenu; des laxatifs seront donnés par la bouche et en lavements. Si les premiers ne sont pas tolérés, si les seconds demeurent sans effet, on donnera la glace à l'intérieur et l'on dirigera dans l'intestin par le rectum une irrigation continue de plusieurs litres d'eau émolliente et tiède. Ce dernier moyen joint à sa grande puissance comme évacuant une action antiphlogistique baignant intérieurement les parties malades. Si l'on réussit à calmer les accidents, on

insistera sur les bains, cataplasmes, lavements laxatifs ; on fera sur la tumeur scrotale et la fosse iliaque du même côté des onctions d'onguent napolitain. Si le malade a le bonheur d'échapper à une maladie aussi grave, on lui recommandera de porter constamment un suspensoir et d'éviter toute espèce d'excès ; car leur premier effet serait de congestionner la tumeur et les veines qui s'y rendent et par conséquent de la disposer à une nouvelle inflammation.

Tel me paraît être le traitement rationnel de la maladie qui fait l'objet de ce travail ; il repose sur un diagnostic très exact. Mais malheur à celui dont la maladie serait méconnue et sur lequel une main trop légère ou ignorante porterait un bistouri destiné à débrider un étranglement qui n'existe pas ! une mort rapide, inévitable, serait la conséquence d'une pareille erreur.

Cette dernière phrase justifie, je pense, les détails un peu longs dans lesquels je suis entré : elle montre en effet que s'il était intéressant d'éclaircir un point d'anatomie et de physiologie pathologique, il était fort utile d'essayer à établir le diagnostic et le traitement d'une affection dont la gravité ne peut diminuer qu'à la condition d'être bien reconnue et rationnellement traitée.

RAPPORT

SUR LES

OBSERVATIONS DE M. ESCALLIER,

Par M. MONOD.

Messieurs,

Au mois de février dernier, se présenta à la Maison nationale de santé un jeune homme affecté d'une variété fort rare de varicocèle qui n'est pas indiquée, que je sache, par les auteurs, et qui me parut digne de fixer votre attention. Je chargeai M. Escallier de vous communiquer cette observation. M. Escallier en fit l'objet d'un Mémoire que vous avez soumis à l'examen d'une commission composée de MM. Michon, Nélaton et moi; j'ai été chargé de vous présenter le résultat de notre examen.

Ce qui caractérise surtout cette variété de varicocèle, c'est l'état variqueux et le développement considérable des veines spermatiques depuis leur sortie du testicule jusqu'à leur terminaison, et la conversion de ces veines dans le scrotum en une tumeur ovoïde, bien circonscrite. Deux observations forment la base de ce travail. Dans un cas, il s'agit d'un Brésilien traité par MM. Roux, Velpeau et Henri, et de l'autopsie duquel M. Escallier fut chargé. La tumeur fut prise pour une hernie épiploïque; les accidents furent attribués à un étranglement interne. Le malade succomba le cinquième jour. Le sujet de la seconde et principale observation est un jeune nègre apporté dans mon service à la Maison nationale de santé. Ici encore les accidents survenus brusquement simulèrent un étranglement, et

des efforts furent faits pour réduire la tumeur prise pour une hernie. Appelé le soir même auprès du malade, je reconnus à l'examen de la tumeur qu'il ne s'agissait pas d'un étranglement: la tumeur n'offrait en effet les caractères ni d'une hernie épiploïque ni d'une hernie intestinale ; de plus le canal inguinal était libre; enfin les symptômes n'étaient pas franchement ceux d'un étranglement interne. J'arrivai ainsi par voie d'exclusion à reconnaître que je ne savais pas à quoi nous avions à faire. L'analogie de ce fait avec celui que M. Escallier avait déjà eu occasion d'observer et qu'il me rappela, me mit sur la voie de la vérité, et je ne fus pas surpris de trouver après la mort, survenue le quatrième jour, les altérations mentionnées plus haut. Dans les deux cas, les veines variqueuses étaient enflammées et en suppuration: il n'y avait pas d'abcès métastatiques chez mon malade; dans le premier cas, l'état des viscères thoraciques ne put être constaté.

Se fondant sur ces deux observations, M. Escallier s'est efforcé de tracer l'histoire de cette altération singulière du varicocèle. Il établit fort judicieusement une analogie entre cette affection et certaines tumeurs hémorrhoïdales résultant de l'inflammation répétée des varices de l'anus. Quoi qu'en dise M. Escallier, nous pensons que la tumeur de mon malade doit être rangée parmi les varices que M. Andral décrit comme la cinquième espèce. Il est probable, en effet, que M. Andral a pris pour des cloisons de nouvelle formation, les plis résultant du pelotonnement des veines, comme la dissection l'a prouvé dans le cas du jeune nègre. A cela près, la description très sommaire donnée par M. Andral s'applique bien à la tumeur scrotale que nous avons observée.

M. Escallier cherche à établir le diagnostic de cette tumeur scrotale; mais pour cela, les données positives lui ont manqué, n'ayant pas eu occasion d'observer cette tumeur lorsqu'elle n'est

pas enflammée, et ne pouvant d'ailleurs se baser que sur deux faits. Aussi ne serions-nous pas surpris qu'il y eût beaucoup à modifier aux divers signes diagnostiques donnés par M. Escallier, lorsque cette tumeur aura été mieux étudiée. Dans les deux cas, l'inflammation suppurative de la tumeur a été accompagnée de symptômes qui ont fait croire à un étranglement intestinal, et M. Escallier part de là pour établir le diagnostic de cette inflammation d'avec l'étranglement herniaire. Nous sommes surpris que M. Escallier n'ait pas abordé une question fort intéressante qui se présente de prime abord à l'esprit, à savoir comment une phlébite a pu donner lieu à des accidents d'étranglement. Nous croyons pouvoir rapprocher ces faits de ceux où le cordon spermatique enflammé et tuméfié est serré par l'anneau inguinal On sait en effet qu'il peut résulter de cette disposition des accidents d'étranglement qui en ont imposé plusieurs fois pour un étranglement herniaire et qui ont d'ailleurs été dissipés par le débridement de l'anneau. Il est possible que l'enveloppe fibreuse qui unit entre elles les veines du cordon et probablement quelques filets nerveux, agisse comme l'anneau inguinal dans l'étranglement inflammatoire du cordon. Dans la maladie qui nous occupe, cette enveloppe, ne se prêtant pas à l'expansion résultant de l'inflammation des veines, doit donner lieu aux mêmes accidents que la constriction exercée par l'anneau dans l'inflammation du cordon spermatique. Quoi qu'il en soit de cette explication, une fois les accidents survenus, nous pensons qu'on pourra presque toujours, comme cela m'est arrivé pour mon malade, éviter l'erreur de diagnostic : les principaux signes qui m'ont guidé sont ceux qui sont indiqués dans le Mémoire.

Quant au pronostic et au traitement, M. Escallier, perdant de vue la maladie elle-même, ne s'occupe que de la phlébite qui peut la compliquer ; et après avoir dit quelques mots de la gravité de cet accident et de la possibilité d'en triompher tant que

le pus n'est pas résorbé, il conseille le traitement antiphlogistique le plus énergique, en même temps qu'on tâchera de rétablir le cours des matières stercorales par des laxatifs et par des lavements qu'il conseille d'administrer de préférence au moyen de l'irrigateur. Tout en approuvant les principes du traitement conseillé, nous avouons que nous y attachons une médiocre importance, parce que nous avons la triste conviction de l'impuissance de l'art en face d'une affection compliquée et si rapidement mortelle. Rappelez-vous, en effet, qu'il s'agit ici de l'inflammation suppurative d'une grande quantité de veines compliquée d'accidents d'étranglement et ayant déterminé la mort du quatrième au cinquième jour. Si l'absence de cette complication permettait d'administrer des médicaments à l'intérieur, nous conseillerions, outre le traitement antiphlogistique, l'usage de l'alcoolature d'aconit à haute dose dès le début. Lorsque les malades meurent quatre à cinq jours après le début d'une phlébite, on ne trouve pas d'abcès métastatiques, mais on se tromperait gravement en concluant de là qu'il n'y a pas eu résorption ; la masse du sang a été altérée, mais l'altération n'a pas eu le temps de déterminer dans les viscères les désordres qui s'y développent lorsque la vie se prolonge plus longtemps. De là, la nécessité de combattre la résorption dès le début de la maladie : or, jusqu'à présent, l'alcoolature d'aconit est sans contredit le moyen le plus efficace d'enrayer la résorption.

Pour combler la lacune qui existe dans le travail de M. Escallier relativement au traitement de cette variété du varicocèle, nous dirons qu'il s'agit ici surtout de s'opposer au développement de ces inflammations subaiguës qui sont probablement la cause de cette transformation, qu'on y parviendra par l'usage habituel du suspensoir et par un traitement antiphlogistique au début de ces accidents. Mais le moyen le plus sûr de s'opposer

au développement du mal comme aussi de guérir la tumeur si elle existe, c'est sans contredit d'opérer le varicocèle. En recourant de bonne heure à cette opération, il est probable qu'on attaquerait le mal avant que l'état variqueux se fût propagé jusqu'à la terminaison des veines. Cette disposition ne serait pas d'ailleurs une contre-indication. Il n'en serait pas de même si le canal déférent était compris dans l'enveloppe fibreuse qui fait adhérer les veines entre elles.

Parmi les procédés opératoires, nous préférerions la cautérisation au moyen du caustique de Vienne. L'un de nous, M. Nélaton se proposant de vous faire une communication au sujet de ce procédé opératoire, nous ne croyons pas devoir développer ici les raisons qui nous font préférer la cautérisation à la compression ou à la ligature.

Malgré les nombreux travaux dont les varices ont été l'objet, leur histoire n'est pas encore complète. Le Mémoire qui est l'objet de ce rapport le prouve. Il fait connaître une transformation du varicocèle dont l'existence était inconnue et qui peut donner lieu à de graves erreurs de diagnostic. Il y a une autre forme de varices dont quelques exemples ont été signalés, mais dont l'histoire est encore tellement obscure que, dans la pratique, il est presque impossible d'éviter des erreurs de diagnostic dont les conséquences cependant peuvent être fatales. Permettez-moi de fixer un moment votre attention sur cette affection, à l'occasion de ce rapport.

Un fait observé par moi à la Maison nationale de santé, et dont je crois vous avoir entretenus verbalement dans une de nos premières séances, vous fera connaître de quoi je veux parler.

Une femme se présenta à la Maison nationale de santé pour se faire guérir d'une tumeur du cou. Cette tumeur, placée superficiellement dans la région carotidienne droite, un peu au-dessous du larynx, du volume d'un œuf de perdrix, était molle,

fluctuante, indolente, sans pulsations; elle s'était développée lentement. Je diagnostiquai un kyste à parois minces. Après l'avoir mise à découvert par une incision de la peau, je voulus l'énucléer, mais elle était adhérente par sa partie postérieure à une espèce de racine et je me décidai à exciser la partie libre du kyste après avoir fait écouler la sérosité citrine qui la remplissait. Le fond de la plaie entra en suppuration, et tout semblait marcher vers la guérison, lorsqu'il survint une hémorrhagie que je jugeai veineuse et qui fut assez difficile à arrêter par l'application de l'agaric. De nouvelles hémorrhagies eurent lieu, de plus en plus abondantes et plus difficiles à arrêter; la malade s'affaiblit, la plaie prit un mauvais aspect. Je soupçonnai enfin que la veine jugulaire interne pouvait n'être pas étrangère à ces hémorrhagies, et une nouvelle perte de sang plus abondante et plus inquiétante s'étant manifestée, je me décidai à agrandir la plaie et à mettre à découvert la veine jugulaire interne. Ce vaisseau offrait une perforation à sa face antérieure. Deux fils furent passés, l'un au-dessous, l'autre au-dessus de l'ouverture, et l'écoulement du sang fut définitivement arrêté; mais la malade ne se releva pas de l'épuisement dans lequel elle était tombée, et mourut le lendemain.

L'autopsie vint confirmer l'existence de la lésion de la veine jugulaire interne. Les bords de la perforation étaient ramollis et amincis. Comment la suppuration d'un kyste séreux a-t-elle pu déterminer l'ulcération de la veine? Il est impossible d'admettre que le vaisseau n'ait pas été primitivement malade. Car si l'on voit à la longue les veines en contact avec un ulcère carcinomateux être perforées, jamais on n'a vu un foyer de suppuration simple déterminer au bout de quelques jours l'ulcération d'une grosse veine. Mais quelle était la maladie de ce vaisseau? Rappelez-vous que le kyste était adhérent par sa paroi postérieure à une espèce de pédicule qui s'enfonçait dans la région carotidienne.

Cette circonstance me paraît donner la solution du problème.

Ce kyste était développé aux dépens de la paroi antérieure de la veine jugulaire interne. Je ne crois pas qu'il soit possible qu'un kyste se forme dans l'épaisseur d'une veine; les éléments celluleux nécessaires à cette formation manquent ici, et je ne connais pas d'exemple d'une semblable lésion. Aussi n'est-ce pas ainsi que je conçois la production du kyste qui nous occupe. Je crois que j'ai eu affaire à une varice en ampoule de la veine, et que cette varice a été le point de départ d'une de ces transformations singulières dont les varices sont susceptibles. Les varices de la jugulaire interne sont fort rares. Morgagni dit en avoir vu quelques exemples, et M. Cline a trouvé ce vaisseau formant un sac qui offrait à sa partie postérieure un sillon pour loger la carotide.

Hodgson, dans sa trente et unième observation, parle d'une varice en sac analogue aux anévrismes. M. Briquet donne le nom de *varices globuleuses* à cette forme particulière de la phlébectasie, et M. Bonnet, qui appelle de nouveau l'attention sur les tumeurs variqueuses analogues aux anévrismes spontanés, en rapporte une observation qui offre de l'analogie avec la mienne. La tumeur, située à la cuisse, était du volume d'un œuf de poule, recouverte d'une peau mince, sans adhérence avec elle; elle était molle, fluctuante, indolente. M. Bonnet l'enleva, et lorsqu'il la détacha dans sa partie profonde, il s'écoula en nappe une assez grande quantité de sang; en examinant le fond de la plaie, il vit que la cavité de la tumeur communiquait avec la veine saphène interne. Les parois fibreuses de la tumeur se continuaient avec celles du vaisseau et leur communication était étroite. Ces tumeurs, d'abord fluctuantes, molles, réductibles, finissent par se remplir de caillots, se durcir sans qu'on puisse les vider par la pression. On en trouve d'analogues dans les hémorrhoïdes. M. Andral a vu la jugulaire externe variqueuse cri-

blée de petites ouvertures communiquant avec des loges creusées dans le tissu cellulaire ambiant. Dans ces cas, dit M. Andral, le tissu cellulaire peut devenir le siége de diverses altérations de nutrition et de sécrétion, soit en même temps que les veines deviennent malades, soit longtemps après. On conçoit, dans ces cas, la formation d'un kyste; car on sait que ces poches n'ont souvent pour point de départ qu'un dépôt sanguin. En rapprochant ces différents faits de celui qui nous occupe, je crois être autorisé à admettre que le kyste, dans ce cas, a eu pour point de départ une altération variqueuse de la veine jugulaire interne. Probablement le fond du kyste n'était séparé de la cavité de la veine que par quelques caillots fibrineux que la suppuration a entraînés.

Quelle que soit l'obscurité qui enveloppe encore l'histoire de ces kystes veineux, je crois qu'on peut tirer des faits que je viens de rapporter une déduction pratique importante : Toutes les fois qu'une tumeur enkystée se développe dans le voisinage d'une grosse veine, il faut se tenir en garde contre la possibilité de sa connexion avec ce vaisseau, et si le kyste paraît se prolonger dans le tissu cellulaire qui enveloppe la veine, il ne faut pas l'ouvrir. S'il y avait quelque motif urgent pour faire disparaître ce kyste, il faudrait recourir à l'injection iodée.

Le mémoire de M. Escallier aura pour résultat de signaler à l'attention des praticiens une tumeur scrotale d'une nature inconnue jusqu'alors; il y a lieu d'espérer que des faits nouveaux viendront bientôt compléter l'histoire de cette complication du varicocèle.

DU SARCOCÈLE SYPHILITIQUE.

SES EFFETS SUR LE TESTICULE ET SUR LA VIRILITÉ,

Par le docteur VIDAL (de Cassis),

Chirurgien de l'hôpital du Midi.

Le testicule atteint de ce qu'on a appelé sarcocèle syphilitique, subit de profondes modifications dans sa structure. Cet organe, en effet, peut passer à l'état fibreux, devenir cartilagineux, son parenchyme peut même être envahi par des sels calcaires; mais ce qui domine alors, c'est l'atrophie. L'acte nutritif est affaibli dans la substance testiculaire; l'organe est amoindri, et après la guérison de cette espèce de sarcocèle, il reste plus faible, plus petit. L'atrophie testiculaire est donc un fait qui se produit assez fréquemment, après le sarcocèle syphilitique, pour qu'on soit autorisé à lui donner un caractère de généralité. Mais je pense que ceux qui ont voulu considérer l'atrophie comme une terminaison fatale du sarcocèle syphilitique sont allés au delà de l'observation, ou, pour mieux dire, n'ont pas suffisamment observé avant de conclure. On conçoit les conséquences, pour les fonctions génitales, de l'atrophie du testicule, puisque, si elle est portée très loin, si elle envahit les deux parenchymes elle équivaut à la castration. Malheureusement cela arrive quelquefois. Ainsi j'ai été consulté par un de mes confrères qui avait vu le parenchyme de ses testicules se fondre, pour ainsi dire, sous l'influence syphilitique; il ne restait plus des deux côtés qu'une portion de l'épididyme. Ces débris de

l'organe étaient d'une sensibilité extraordinaire. L'impuissance était complète. Ce fait montre l'atrophie dans ses effets les plus graves. Il est plus fréquent de voir le testicule seulement réduit dans son ensemble, un peu déformé et de consistance inégale.

L'échec éprouvé par la virilité n'est pas toujours en rapport avec les pertes que la syphilis semble avoir fait subir à la substance testiculaire : on voit, en effet, des sujets ne pouvant plus entrer en érection, ou capables seulement d'une émission séminale très peu abondante, très fluide, et qui cependant n'ont presque rien perdu de la substance testiculaire. Ces différences tiennent beaucoup à l'âge du sujet, à l'usage ou à l'abus qu'il a pu faire de ses forces viriles et à l'état de son esprit. Sous ce dernier rapport on peut observer des faits bien tristes : ils se produisent surtout dans la classe de la société qui peut comprendre ce que c'est que l'atrophie testiculaire ou du moins ses effets sur la virilité. On a expliqué à ces malheureux le chancre induré et ses conséquences, le testicule syphilitique et ses résultats; le mal les tient longtemps sous son influence; leur esprit se fait à l'idée d'une impuissance dont souvent ils ne sont pas frappés en réalité; ils n'osent aborder le mariage, se considérant comme des hommes déchus et vivent dans le célibat le plus complet et le plus triste. Si certaines considérations, des exigences de famille ou l'intérêt les portent à contracter des liens conjugaux, au moment d'accomplir l'acte, le courage qu'ils s'étaient fait les abandonne et il se passe alors des scènes fort sombres. J'ai connu un sujet qui s'est trouvé acteur d'une pareille scène, qui plus tard est réellement devenu père, et cela quand il a été persuadé que la virilité peut très bien être conservée aux individus qui ont eu les deux testicules syphilitiques; mais quand un traitement méthodique a été suivi. Ce seul fait est bien de nature à vous faire comprendre l'importance du sujet que je traite.

Pour mon compte, non seulement je ne crois pas à une atro-

phie, à une impuissance fatales après la guérison de ce qu'on appelle sarcocèle syphilitique, mais je connais des faits qui me portent à penser que, dans certains cas, le testicule affecté ainsi de syphilis peut, après traitement bien dirigé, après guérison, conserver sa vigueur, être complétement réparé au point de vue anatomique et physiologique. Une exception rare, c'est de voir la même influence syphilitique s'exerçant sur le même individu, produire des effets complétement opposés dans chaque testicule ; elle atrophiera un testicule tandis qu'elle hypertrophiera le congénère. Je rapporterai bientôt une observation qui est une preuve de ce double effet de l'affection syphilitique.

L'observation qui établit le mieux que la virilité peut survivre à une affection syphilitique profonde du testicule a déjà été publiée par moi ; elle est analysée dans mon livre de *chirurgie*. Le sujet était un militaire auquel un chirurgien de l'armée enleva un testicule pour une tumeur qu'on crut de nature maligne ; l'autre testicule s'affecta plus tard ; il formait une tumeur ayant les caractères de celle qui déjà avait été enlevée ; je m'informai des antécédents parmi lesquels je trouvai des symptômes vénériens. Je fis prendre à ce militaire de l'iodure de potassium à la dose que j'appelle *suffisante*. Le testicule revint peu à peu à l'état normal ; seulement son volume resta plus considérable que celui d'un testicule ordinaire. Je note ici, avec soin, que l'observation finit par ces mots : *Le sujet est toujours plus porté aux plaisirs vénériens* (1). Ce qui me l'a confirmé, c'est que j'ai été à même de traiter ce militaire de deux blennorrhagies depuis sa sortie de l'hôpital.

Ainsi voilà un sujet qui n'a plus qu'un testicule, ce testicule est affecté de ce qu'on appelle sarcocèle syphilitique ; les antécé-

(1) *Traité de pathologie externe et de médecine opératoire*, 2e édit., t. V, p. 163.

dents, les caractères de cette tumeur, les bons effets de l'iodure de potassium, tout le prouve ; eh bien, ce testicule, après guérison, non seulement n'est pas atrophié, mais il semble hypertrophié ; non seulement la virilité n'est pas éteinte, mais elle se manifeste par des écarts que le malade paie par plusieurs chaudepisses.

Dans mon service de l'hôpital du Midi, il y avait, en août 1847, un charretier qui a offert un cas analogue à celui que je viens de faire connaître. Ce malade n'avait pas perdu de testicule, mais il en portait un qui n'avait pris aucun développement : c'était le droit ; il était resté vers l'orifice externe du canal inguinal, où il n'était représenté que par l'épididyme qui avait à peine le volume d'une fève de marais. Ce charretier sortit guéri de mon service ; il contracta ensuite un chancre dans une maison de tolérance, le transmit à sa femme, qui devint enceinte et donna le jour à un enfant, lequel mourut peu de temps après sa naissance avec des syphilides comme celles que j'avais observées chez la malheureuse mère. Voilà donc encore un sujet qui n'avait, en réalité, qu'un testicule, lequel est devenu manifestement syphilitique, et cependant la virilité n'a nullement été atteinte puisqu'elle s'est manifestée par des rapports licites et illicites.

Voici maintenant une observation qui semble prouver que l'affection syphilitique, envahissant les deux testicules, peut en atrophier un, tandis que l'autre conserve toute sa force et s'hypertrophie.

Le 19 juillet 1845 est entré dans mon service le nommé B....., âgé de cinquante ans, cantonnier, d'une bonne constitution.

Il y a vingt ans, il contracta un chancre qui fut suivi d'un bubon suppuré du côté gauche. Au bout de dix jours, il était

cicatrisé, mais le malade fut obligé de rester au lit pendant quarante jours pour attendre la guérison du bubon. Il a pris à cette époque des pilules, mais il ne sait pas si elles contenaient du mercure; jamais il n'a eu d'éruption à la peau ni de mal de gorge.

Il y a six ans il éprouva des douleurs dans la tête, le cou et les membres, sans cause appréciable; elles ne durèrent que quinze jours.

Il y a trois mois il contracta un nouveau chancre à la partie antérieure de l'impasse du prépuce; le chancre fut seulement cautérisé; il était cicatrisé au bout de quinze jours.

Jamais ce malade n'a eu de blennorrhagie. Il y a cinq mois, c'est-à-dire deux mois avant le dernier chancre, le testicule gauche commença à grossir sans devenir douloureux. Depuis un mois seulement le malade y ressent des élancements plus fréquents la nuit que le jour.

Aujourd'hui le testicule gauche a le volume d'un gros œuf de poule, il est dur, pesant, piriforme, présentant de très légères inégalités. On ne sent pas l'épididyme, qui paraît confondu avec le testicule.

Le cordon est un peu plus gros qu'à l'état normal, les veines du même côté sont aussi plus développées. La pression ne détermine qu'une faible douleur. Il y a un mois et demi il parut à la partie externe et supérieure de la cuisse gauche une petite tumeur qui suppura. La plaie n'est tout à fait cicatrisée que depuis huit jours; il reste une cicatrice assez large, rougeâtre, analogue à celles que laissent après eux les tubercules cutanés.

Le testicule du côté droit est atrophié; il est réduit à la moitié de son volume. Cette diminution s'est opérée sans gonflement préalable, environ deux mois après que le gauche eut commencé à augmenter de volume et à l'époque où des emplâtres fondants avaient été appliqués sur ce dernier, ce qui avait fait

croire au malade que l'emplâtre était la cause de l'atrophie du côté droit.

12 juillet. L'iodure de potassium est administré au malade à la dose de 2 grammes par jour. Ce modificateur est rapidement porté jusqu'à la dose de 6 grammes par jour.

Huit jours après, les douleurs n'existaient plus et la diminution dans le volume du testicule était sensible.

28 juillet. Le testicule gauche, celui qui était volumineux, est réduit à la moitié à peu près de ce qu'il était à l'entrée du malade. On y sent bien plus manifestement des bosselures quand on le fait glisser sous la peau entre les doigts; la consistance est moins considérable. L'épididyme se distingue parfaitement du reste de la glande; le cordon a repris son volume normal. Il n'y a plus de douleurs même à une pression un peu forte. La sensibilité normale semble diminuée.

Depuis quelques jours le malade éprouve de la faiblesse dans la vue. Les vaisseaux rayonnés de la sclérotique sont légèrement injectés; il y a de la photophobie et du larmoiement. Le malade se plaint aussi de bourdonnements dans l'oreille gauche; mais ceux-ci existent depuis plusieurs années.

8 août. Les yeux sont revenus à leur état normal; tous les phénomènes congestifs ont disparu. Les bourdonnements d'oreille continuent. Les bosselures du testicule gauche sont devenues moins nombreuses et moins sensibles. La consistance a encore diminué.

22 août. Le testicule gauche a aujourd'hui sa forme ordinaire. Mais il reste plus volumineux qu'un testicule normal. Le droit est toujours petit, c'est-à-dire réduit de moitié. J'ai pu revoir ce malade, un mois après sa guérison, car il est venu me consulter pour une blennorrhagie qu'il venait de contracter.

Voilà trois faits qui prouvent que le testicule et ses fonctions peuvent être conservés dans leur intégrité après les effets, après

la guérison du sarcocèle syphilitique. Ils m'autoriseraient même à admettre l'hypertrophie testiculaire dans les mêmes circonstances.

Cependant je ne me dissimule pas les objections qu'on pourrait m'adresser et qu'on pourrait puiser dans les faits mêmes que je viens de citer. On pourrait m'objecter d'abord que l'hypertrophie d'un testicule, quand l'autre est absent, ou quand il est incomplétement développé, que cette hypertrophie est un fait d'organogénésie très connu; qu'ici l'hypertrophie a précédé l'infection syphilitique. Le mouvement hypertrophique n'aurait donc pas été provoqué par la syphilis; il aurait été soumis à cette loi de compensation qui veut que les matériaux destinés à l'accroissement d'un organe absent ou qui existe à peine, se portent vers l'organe congénère qui en reçoit un accroissement exagéré. On dira enfin que dans les trois faits dont il vient d'être question la syphilis a rencontré des testicules hypertrophiés, et que si, après guérison, ils sont restés avec leur volume naturel ou un volume au-dessus de la règle, s'ils ont pu fonctionner encore, cela ne prouve nullement que ces organes n'aient pas subi un certain degré d'atrophie; car un organe qui est puissant comme un et demi peut très bien subir une soustraction et rester encore puissant comme un et même un peu plus.

Le fait le plus favorable à ce raisonnement se rapporte au charretier déjà cité : il était venu au monde avec un seul testicule complétement développé, tandis que la place de l'autre était seulement marquée par une partie de l'épididyme. On se croit donc en droit de soutenir qu'ici le testicule régulièrement constitué a pris un développement considérable avant d'être malade. La vérole sévissant alors sur lui a pu l'amoindrir sans le réduire à un volume au-dessous de la règle. Chez ce malade il y aurait eu atrophie sur hypertrophie, et cette dernière aurait fait les frais de la guérison.

Ces arguments, auxquels je ne refuse pas une certaine valeur, ne détruisent pas le fait sur lequel j'appelle l'attention des praticiens, le fait d'un testicule restant avec son volume, et même avec un volume plus considérable, conservant ses fonctions et cela après avoir subi l'affection appelée sarcocèle syphilitique. Je ne sais pas précisément ce qu'était avant la syphilis le testicule gauche de ce charretier; ce que j'affirme, c'est qu'après la guérison il s'est trouvé plus volumineux qu'un testicule appartenant à un sujet de l'âge et de la force de ce malade. J'ajoute que ce charretier qui n'avait pas eu d'enfant avant sa maladie, en a eu un après sa guérison.

On pourrait peut-être diriger les mêmes arguments contre le fait du militaire à qui on extirpa un testicule et qui, après la guérison d'un sarcocèle syphilitique du côté opposé, a conservé le testicule correspondant hypertrophié et très actif. Il s'est passé, en effet, deux ans entre la castration d'un côté et l'affection syphilitique de l'autre côté. Pendant ce temps, dira-t-on, le testicule épargné a profité, à lui seul, des matériaux nutritifs destinés aux deux glandes et a pu prendre ainsi un développement exagéré; il se serait hypertrophié, ce qui aurait empêché les effets de l'atrophie de se produire. Je répondrai d'abord qu'il ne s'est passé que deux ans depuis l'opération qui a privé ce militaire d'un testicule et l'invasion syphilitique de l'autre glande; or c'est déjà un temps assez court pour qu'un organe s'hypertrophie au point de résister aux effets atrophiques de la syphilis. D'ailleurs, comme toute l'histoire pathologique de ce militaire me prouve que le testicule amputé n'était pas cancéreux, mais seulement syphilitique; comme c'est la même vérole ayant sévi d'abord sur le premier testicule qui a envahi ensuite le second, je me demande si un sujet, en pleine syphilis, sous l'influence d'un principe qui tend à atrophier le testicule, peut voir un de ces organes s'hypertrophier. Je crois d'ailleurs que les altérations

de tissu qui constituent la tumeur appelée testicule ou sarcocèle syphilitique doivent varier et le mode de réparation ne doit pas être toujours identique : j'en donnerai pour preuve l'observation que j'ai transcrite complétement. Elle prouve, en effet, que sous la même influence syphilitique un testicule s'est atrophié sans se tuméfier, tandis que l'autre s'est tuméfié, a formé réellement tumeur et est resté avec un certain degré d'hypertrophie.

Ces faits et ces interprétations sont selon moi de nature à mériter l'attention de la Société, car ils touchent à une question importante d'anatomie pathologique et à la question de la stérilité chez l'homme. Je les livre à vos méditations en demandant votre indulgence pour la manière dont ils sont exposés, car je ne suis pas même certain d'avoir été court.

MÉMOIRE ET OBSERVATIONS
SUR L'ÉLECTRICITÉ
APPLIQUÉE AU TRAITEMENT
DE LA
PARALYSIE DE LA VESSIE,

Par L. M. MICHON,
Chirurgien de l'hôpital de la Pitié.

En présentant à la Société de chirurgie les observations que je vais avoir l'honneur de lire, je n'ai pas la prétention de fixer son attention sur des faits nouveaux. Les paralysies de la vessie sont connues depuis longtemps, et ce n'est pas d'aujourd'hui qu'on a appliqué l'électricité à la curation de la paralysie en général, et dans des cas plus rares, à la vérité, au traitement, de la paralysie de la vessie en particulier. Quelques auteurs classiques déjà anciens font mention de ce moyen de traitement et j'emprunte à dessein quelques passages d'une observation de Chopart. Ils mettent hors de doute que l'électricité a été employée contre la paralysie de la vessie; ils établissent aussi la manière dont on s'en est servi, et laissent apercevoir le peu de confiance que les chirurgiens, Chopart en particulier, lui accordaient. « En septembre 1784, un couvreur, âgé de vingt-cinq ans, tomba à Belleville, près Paris, d'un toit élevé de 40 pieds sur des pierres dans une cour. Au nombre des différentes lésions qui furent la suite de cette chute, il faut signaler une paralysie des membres inférieurs et de la vessie. La paralysie des membres inférieurs disparut, mais celle de la vessie persista; l'usage des injections détersives, des eaux de Balaruc en injections et

à l'intérieur fut sans résultat avantageux. Pour faciliter l'expulsion complète de l'urine, ajoute Chopart, ce malade faisait agir si fortement les muscles du ventre et le diaphragme que son visage devenait très rouge ; il s'y éleva beaucoup de boutons et les vaisseaux de la tête furent très dilatés par le sang. Ce couvreur se trouvant le quatrième mois de sa chute dans le même état de paralysie de vessie et du rectum, je l'engageai à subir le traitement électrique du sieur Ledru, aux Célestins. J'ai assisté plusieurs fois à l'administration de ce traitement. On tirait des étincelles électriques du front, des tempes, du cou, du dos, du sacrum ; celles de ces dernières parties causaient une commotion dans le bassin, au pubis et à la verge. Elles excitaient des tressaillements convulsifs et la sueur. Le sixième jour ce couvreur urina sans la sonde et presque à volonté, mais en faisant des efforts violents de contraction des parois abdominales ; il n'évacuait qu'une partie des urines, car en remettant la sonde dans la vessie après avoir uriné de cette manière, il en rendait à peu près la même quantité ; avant ce traitement, quels que fussent ses efforts, il ne pouvait uriner sans la sonde : voilà le seul effet qu'il ait éprouvé de l'électricité continuée pendant trois mois. Elle n'a rétabli ni l'action de la vessie ni celle du rectum. La constipation a été la même, les excréments ne sortaient qu'à l'aide des doigts, ou après avoir été délayés par des lavements. Une partie de ses urines s'écoulait par regorgement et sans qu'il le sentît ; il était obligé de se sonder plusieurs fois dans la journée. »

Cette observation ne demande pas beaucoup de commentaires. Chopart paraît peu disposé à préconiser ce moyen, et son opinion a prévalu en France ; car après lui nos auteurs classiques, même les plus modernes, Boyer, les Dictionnaires de médecine, M. Vidal (de Cassis), n'ont pas mentionné ce moyen dans le traitement des paralysies de la vessie. Je ne sau-

rais toutefois laisser passer inaperçus les effets produits dans le bassin, sur le pubis et la verge, par l'application de l'électricité au dos et au sacrum et le commencement de miction volontaire qui en fut la suite. Cette possibilité de vider à moitié la vessie par le bénéfice de l'électricité appliquée seulement à la portion spinale du système nerveux de la vessie me paraît un résultat assez considérable et assez significatif pour être remarqué.

Dans la *Gazette des hôpitaux*, le compte-rendu des maladies traitées en 1847 à l'hôpital Saint-Georges de Dublin donne l'indication d'un cas de paralysie de vessie, traitée et guérie par l'électricité, chez une femme de soixante ans, affectée en outre de chute de l'utérus. J'ai voulu à mon tour avoir recours à ce moyen dans une maladie trop souvent rebelle, quelquefois grave, et qui, même prise au point de vue le moins sombre, constitue toujours une grande infirmité. Seulement je l'ai dirigé d'une autre manière que celle employée en France, et j'attache assez d'importance à ce mode d'application pour lui rapporter une grande partie de son efficacité curative. Les faits qui suivront vous donneront quelques éléments pour apprécier la valeur de cette proposition. Permettez-moi auparavant de rappeler brièvement à votre souvenir quelques points d'anatomie et de physiologie desquels je suis parti et qui m'ont dirigé dans l'application que j'ai faite.

La vessie urinaire est composée de membranes et de fibres musculaires qui reçoivent des nerfs de deux sources distinctes, les nerfs de la vie animale ou spinaux, ceux de la vie organique ou nerfs ganglionnaires. La contraction de la vessie est soumise en partie à la volonté, elle s'y soustrait en partie. Tout le monde sait que la résistance opposée par le col de la vessie et l'urètre une fois surmontée, la vessie peut se vider presque à notre insu, et sans que la volonté ait dans l'achèvement de cette fonction d'autre influence que celle d'augmenter la force et la rapidité

de l'écoulement du liquide en empruntant surtout le secours des muscles des parois abdominales. Il semble que l'influx des nerfs de la vie animale soit nécessaire pour commencer la contraction et que le soin de l'achever soit dévolu aux nerfs de la vie organique. Ce qu'il y a de certain, c'est qu'une fois commencée, la contraction s'achève sans avoir besoin de notre volonté, je dirais même malgré notre volonté. Il faut, en effet, pour s'arrêter subitement au milieu de l'action d'uriner, autre chose que la transmission directe de la volition aux fibres musculaires de la vessie; et ce n'est qu'en opposant un obstacle mécanique au cours de l'urine par la contraction brusque et violente des muscles périnéaux dont l'effet est d'appliquer les parois de l'urètre les unes contre les autres, que nous parvenons à interrompre brusquement la miction commencée. C'est une résistance musculaire opposée à une contraction musculaire; la plus forte l'emporte et ce n'est pas toujours sans peine et sans douleur. Ces détails anatomico-physiologiques sont trop connus pour que je m'y arrête plus longtemps. Il est un fait cependant sur lequel je veux insister : c'est que le concours de ces deux influences, système nerveux spinal, système nerveux ganglionnaire, paraît indispensable pour que la fonction s'exécute, pour que le retour de la vessie sur elle-même soit complet. C'est d'après ces idées et ces observations que j'ai voulu, dans l'application de l'électricité, atteindre en même temps les filets nerveux de l'un et de l'autre système. Au reste, c'est par des données analogues et par le rapprochement qu'il a fait de la vessie et de l'utérus que mon condisciple M. le docteur Allié de Marcigny a eu, dès 1837, l'idée d'administrer le seigle ergoté contre les paralysies de vessie, et qu'il a obtenu des succès remarquables. Un excellent travail de ce médecin, envoyé depuis plus d'un an à l'Académie de médecine et dont j'ai eu connaissance, contient sur l'efficacité de ce médicament des observa-

tions nouvelles et des détails extrêmement curieux. Toutefois l'usage du seigle ergoté administré à l'intérieur n'est pas tout à fait non plus sans inconvénient : il ressort du Mémoire même de M. Allié que l'excitation des organes génitaux et du système nerveux encéphalo-rachidien a quelquefois accompagné l'administration de ce médicament, et n'a pas été tout à fait sans inconvénient. Tout en accordant au traitement proposé par ce médecin la plus grande confiance, et en reconnaissant qu'il a rendu à la thérapeutique chirurgicale un signalé service, j'ai cru qu'il était permis, pour atteindre le même but, de prendre d'autres routes. D'ailleurs l'expérience démontrera peut-être ultérieurement que la différence des cas comporte aussi la diversité des traitements.

PREMIÈRE OBSERVATION.

Claude Peroschier, colporteur, âgé de soixante-sept ans, d'une taille élevée, bien constitué, mais affaibli probablement par les quelques jours de maladie qui avaient précédé, entra à l'hôpital de la Pitié, salle Saint-Louis, n° 20, le 9 octobre 1848. Le 1er octobre, huit jours auparavant, il avait fait une course à une des barrières, et bu modérément du vin avec trois de ses amis. Rentré chez lui le soir bien portant, il fut pris pendant la nuit d'envies pressantes d'uriner et d'aller à la garde-robe, sans pouvoir satisfaire ni l'un ni l'autre de ces besoins. Après cette nuit agitée il envoya, lorsque le jour fut venu, chercher un médecin qui le sonda, et retira de la vessie une quantité considérable d'urine, lui fit faire une application de vingt-cinq sangsues au périnée, et lui prescrivit des frictions excitantes sur la région hypogastrique. Il fut soumis à ce traitement pendant huit jours, et sondé soir et matin, ne rendant pas une goutte d'urine

dans l'intervalle. Comme il n'éprouvait pas d'amélioration, il vint à l'hôpital et fut reçu dans mon service.

A son entrée il était dans l'état suivant : Impossibilité absolue d'uriner sans le secours de la sonde, difficulté très grande d'aller à la garde-robe. Il n'avait pas de fièvre, pas de douleurs, si ce n'est le malaise produit par la distension de la vessie. Il fut sondé et l'urine fut évacuée le jour de son entrée à l'hôpital.

Le lendemain 10, à ma visite du matin, une nouvelle quantité d'urine s'était accumulée dans la vessie, dans la soirée de la veille et pendant la nuit. La vessie formait une tumeur globuleuse à la région hypogastrique, elle faisait aussi saillie du côté du rectum. J'introduisis avec facilité une algalie d'argent d'un gros calibre, et j'évacuai plus d'un litre d'une urine assez foncée, ayant l'odeur d'urine prononcée. Le liquide s'écoula par un jet mais peu prononcé, qui s'éteignit bientôt à mesure que la vessie se désemplissait ; il fut nécessaire de presser sur la région hypogastrique pour achever de vider ce réservoir. L'urètre était libre, je n'avais trouvé aucune espèce d'obstacle au passage de la sonde. Le doigt indicateur introduit dans le rectum me faisait reconnaître que la prostate était saine, et que sous le rapport de ses dimensions et de sa consistance, elle était dans l'état normal. L'exploration que je venais de faire de la vessie, et par la sonde et par l'hypogastre, m'avait appris aussi que les parois en étaient saines, et que cette poche ne contenait pas de corps étranger, pas de tumeur ; je portai comme diagnostic, paralysie de vessie. Ce diagnostic était d'ailleurs corroboré par la manière dont l'urine était sortie ; il restait à savoir quelle était la cause de cette paralysie. Sous ce rapport les renseignements fournis par le malade étaient tout à fait négatifs : il avait toujours joui d'une bonne santé, et n'avait à aucune époque de sa vie présenté de symptômes d'affection de l'axe cérébro-spinal. Les questions que je lui adressai ne me

conduisirent pas non plus à savoir de lui si, plusieurs semaines ou plusieurs mois avant l'accident qui venait de lui arriver, il n'avait pas vu le jet de son urine diminuer et sa vessie se vider incomplétement. Son attention n'avait pas été fixée sur ce point. Il n'est pas déraisonnable de penser toutefois que les choses se sont passées de la sorte, et que cette paralysie commencée par l'effet de l'âge et la distension des fibres de la vessie est devenue complète à l'occasion de la course que ce malade avait faite, et du vin pris en quantité un peu plus grande que d'habitude. Quoi qu'il en soit de cette hypothèse, la paralysie était complète et les fibres de la vessie avaient presque totalement perdu leur ressort. Le malade fut mis à des boissons adoucissantes, à des lavements laxatifs, avec la recommandation à l'interne du service de sonder deux fois le malade dans les vingt-quatre heures.

Le lendemain 11, le malade avait souffert pendant la nuit de la plénitude de sa vessie; malgré les inconvénients attachés à la présence d'une sonde à demeure, je me déterminai à en introduire une en gomme élastique et à la laisser, parce que le malade n'avait pas été sondé un nombre de fois suffisant, qu'on avait laissé distendre sa vessie, que cette distension ne pouvait qu'accroître la paralysie, que l'urine me sembla avoir contracté une odeur plus fétide, et aussi, je dois le dire, pour que le malade, exposé aux changements fréquents de chirurgien pendant l'absence de l'interne du rang, ne courût pas les chances de lésions de l'urèthre assez fréquentes dans les cathétérismes, même faciles, mais pratiqués par différentes mains. Les dernières gouttes de l'urine étaient troubles, je fis une injection d'eau tiède de deux cent cinquante grammes environ, et après avoir fait ressortir cette injection, je recommandai au malade d'ouvrir sa sonde toutes les trois heures pour uriner. Des injections d'eau tiède furent faites matin et soir pendant une huitaine de jours, sans qu'on aperçût aucune amélioration. Le malade fut mis à l'usage

de l'eau de Vichy, un vésicatoire fut appliqué sur la région hypogastrique, et après la dessiccation du vésicatoire, des frictions furent faites avec un liniment excitant cantharidé sur l'hypogastre et sur les cuisses. Ces moyens n'eurent pas plus de succès, et dans les premiers jours de novembre, le 6, le malade fut pris de frissons, de vomissements, les urines devinrent plus fétides, ammoniacales, et le dépôt puriforme plus abondant. Je retirai la sonde; des bains, des cataplasmes émollients sur le bas-ventre calmèrent les accidents fébriles. Cependant les urines restaient ammoniacales : des injections acidulées furent faites matin et soir dans la vessie, et sous leur influence l'urine devint moins fétide, et la quantité du dépôt puriforme diminua, mais la rétention d'urine n'en persistait pas moins, aussi complète que le premier jour. Ce traitement fut ainsi continué sans autre résultat que celui de rendre la décomposition de l'urine moins complète qu'auparavant; elle contenait toujours du pus avec des alternatives en plus ou en moins. Les choses arrivèrent ainsi jusqu'à la fin de novembre : le malade dépérissait, perdait ses forces, je songeai à prendre d'autres routes. Le seigle ergoté, dont je venais de lire dans l'excellent travail du docteur Allié de Marcigny les bons effets thérapeutiques, était dans ma mémoire; je songeais aussi à l'électricité. La fièvre qui revenait de temps en temps, la présence du pus dans les urines, me firent donner la préférence à ce dernier moyen, me réservant de revenir au seigle ergoté si j'échouais dans l'essai que je voulais faire.

Dans les premiers jours de décembre je procédai de la manière suivante : Une sonde d'argent fut introduite dans la vessie, une sonde de femme conduite dans le rectum fut appuyée contre la paroi recto-vésicale. La vessie étant vidée, chacune de ces sondes fut mise en communication avec un des pôles d'une machine électrique des frères Breton. La machine, mise en mouve-

ment d'abord avec lenteur, fut conduite avec plus d'activité pendant deux ou trois minutes. Le malade n'éprouva pas de douleur, il ressentit à peine quelques picotements ; on fut obligé de le sonder deux fois dans les vingt-quatre heures qui suivirent. Le lendemain je recommençai la même opération et de la même manière ; le malade ressentit plus vivement le picotement, mais dans le rectum seulement, il n'éprouva rien dans la vessie ; je fis une troisième séance semblable aux deux premières le jour suivant. Le malade éprouva pendant la durée de l'électrisation les mêmes sensations, et comme les premières fois toute espèce de douleur cessa aussitôt après. Dans la nuit il sentit le besoin d'uriner et le satisfit assez facilement sans le secours de la sonde. A la visite du matin, je le trouvai debout à son lit, sa figure était épanouie ; il me montra l'urine qu'il avait rendue, il y en avait plus de la moitié d'un crachoir. A dater de cet instant le malade n'eut plus besoin d'être sondé ; cependant, et cela pendant trois jours encore, je fis des électrisations semblables aux précédentes : elles n'en différèrent qu'en ce que le malade donna des signes de sensibilité plus vive, et que pendant leur durée quelques gouttes d'urine furent expulsées par la sonde, à mesure qu'elles arrivaient dans la vessie. Dans l'intervalle les urines étaient rendues à volonté et sans difficulté ; elles perdirent rapidement l'odeur ammoniacale et devinrent limpides. Le malade cessa d'avoir de la fièvre, il reprit promptement ses forces ; je le gardai néanmoins environ trois semaines encore pour bien m'assurer de la réalité de sa guérison ; pendant tout ce temps il n'éprouva pas le moindre dérangement dans le cours de ses urines. Il sortit de l'hôpital le 23 décembre 1848.

Trois semaines après sa sortie, il est revenu à l'hôpital comme nous l'avions engagé à le faire, la guérison s'était parfaitement maintenue. Il n'est peut-être pas inutile de dire que pendant la durée de l'électrisation j'ai eu constamment le soin de ne pas

toujours laisser la sonde vésicale en contact avec le même point de la surface de la vessie, et que je l'ai, au contraire, conduite doucement dans les différentes régions de cet organe.

Tels sont les résultats de la première tentative que j'ai faite ; ces résultats répondent, dans mon esprit du moins, à plusieurs objections. Le malade était âgé de soixante-sept ans, la paralysie était complète, elle datait de deux mois ; sa résistance pendant tout ce temps aux traitements réputés les plus efficaces par la plupart des auteurs dans les affections de ce genre, à la sonde, le moyen par excellence aux yeux de Desault, aux injections préconisées surtout dans ces derniers temps, aux vésicatoires, aux frictions stimulantes, n'établissait assurément pas qu'elle était incurable, mais au moins qu'elle était difficile à guérir. Et qui ne serait frappé par le contraste des deux traitements ? Deux mois d'un côté sans aucune amélioration ; loin de là, le malade dépérit, il a des accès de fièvre irréguliers, et si la paralysie de la vessie ne peut pas encore être réputée incurable par les moyens ordinaires, elle menace d'emporter le malade par la mauvaise nature des urines et l'état fâcheux de la membrane muqueuse vésicale produit par cette rétention. De l'autre côté en trois jours, je puis dire après neuf minutes d'un traitement assez peu douloureux, le malade commence à uriner à volonté ; six minutes de traitement encore et la guérison est établie, confirmée. Une autre chose aussi m'avait préoccupé dans le traitement de ce malade, je veux parler de la fétidité et de la purulence des urines : l'un et l'autre de ces accidents ont disparu sans retour presque en même temps que la paralysie.

Cette heureuse terminaison doit-elle être entièrement attribuée au rétablissement du cours des urines sous l'influence de la volonté ; ou bien l'électricité appliquée à la surface interne de la vessie agirait-elle à la manière de certaines injections sti-

mulantes caustiques employées avec efficacité contre des affections catarrhales de la vessie? Je ne suis pas en mesure de répondre à cette seconde question, et je me promets bien d'en tenter la solution à la première occasion qui me sera donnée; en attendant je suis porté à penser que l'une et l'autre cause ont contribué à la guérison de cette complication.

DEUXIÈME OBSERVATION.

Quelques jours après la sortie de ce premier malade, fut couché également salle Saint-Louis, n° 38, à l'hôpital de la Pitié, le nommé Poulard Edme, homme de peine, âgé de soixante-cinq ans. C'est un homme d'une taille élevée, assez bien musclé. Ancien soldat de l'empire, il a reçu deux blessures dont les suites n'ont pas eu d'influence fâcheuse sur sa santé; elle a été presque constamment bonne. Il n'a jamais eu ni blennorrhagie ni maladie vénérienne. Il a eu trois fois la gale. Il raconte qu'en 1844, étant balayeur des rues, il fut exposé pendant deux jours entiers à une pluie continuelle; il fut pris subitement, et sans autre cause appréciable, d'une rétention d'urine complète. Le médecin qu'il fit appeler ne vint qu'au bout de deux jours; pendant tout ce temps le malade n'urina d'aucune façon. Le médecin ne le sonda pas, il se contenta de lui ordonner un bain et de lui prescrire de la tisane. Il urina dans le bain, et depuis ce temps il se sentit soulagé et retourna à son travail. La rétention d'urine n'avait pas cédé complétement; le malade urinait, mais goutte à goutte et difficilement, et bien que la vessie se vidât probablement très mal, il n'urinait malgré lui ni dans son lit, ni dans son pantalon. Cet état de choses dura pendant cinq ou six jours, la rétention redevint de nouveau complète, et Poulard entra à l'hôpital des Cliniques. Il fut sondé trois fois par jour, il prit des tisanes. Son état s'améliora, et au bout de

cinquante jours de ce traitement, quoique n'étant pas encore tout à fait guéri, le malade voulut quitter l'hôpital; il sortit emportant une sonde dont il se servait quand il avait besoin d'uriner. Il se sonda ainsi pendant huit jours au bout desquels l'usage de la sonde devint inutile et Poulard put reprendre ses travaux. Depuis cette époque, jusqu'au mois de décembre 1848 sa santé resta parfaite. Dans la dernière quinzaine de décembre il fut pris d'une courbature générale, d'un malaise qu'il ne put rapporter à aucune cause à lui connue. Il n'a pas été, comme la première fois, exposé à l'humidité. Son travail consiste actuellement à tourner une roue chez un coutelier. Ainsi mal disposé, le 1er janvier 1849, après avoir déjeuné sobrement, il voulut uriner et fut surpris de ne pouvoir le faire; il fit de longs et inutiles efforts; il alla à la garde-robe à plusieurs reprises, espérant toujours pouvoir uriner en même temps. Toutes ces tentatives furent vaines, il fut obligé d'envoyer chercher un médecin, qui le sonda plusieurs fois, et qui lui donna le conseil d'entrer à l'hôpital.

C'est le 5 janvier que Poulard entra à la Pitié dans l'état suivant : Impossibilité complète d'uriner, absence totale du moindre symptôme de paralysie dans le tronc et dans les membres. La sonde introduite arrive assez facilement dans la vessie; on constate par le toucher un état pathologique dans la glande prostate. Le lobe droit est hypertrophié et fait saillie dans le rectum, il est d'une consistance plus dure que le reste de la glande; cette glande est d'ailleurs large de 7 ou 8 centimètres et haute de 5; son diamètre antéro-postérieur paraît normal. Le malade est sans fièvre. Cathétérisme deux fois par jour, chiendientnitré, trois portions.

Dès l'entrée de ce malade à l'hôpital, j'avais résolu de le soumettre au même traitement que le précédent; mais je voulais auparavant m'assurer moi-même et faire constater aux assistants

que la rétention d'urine était bien réelle et complète. Pendant trois jours chaque matin la vessie distendue put être sentie formant un globe au-dessus du pubis; vainement le malade essaya d'uriner, les efforts de la volonté furent impuissants; chaque matin je retirai par la sonde environ un litre d'une urine limpide et sans dépôt; cette urine ne sortait point par un jet, mais tombait presque de l'extrémité de la sonde. Le 9 je soumis pour la première fois la vessie à l'action de l'électricité; je procédai comme chez le malade de la première observation, en introduisant une sonde dans la vessie et une autre dans le rectum; chacune de ces sondes fut mise en rapport avec les fils conducteurs de l'appareil Lebreton; la séance dura trois minutes pendant lesquelles le malade ne ressentit qu'une douleur assez vive dans le rectum, et par intervalles quelques picotements légers dans la verge. Le soir il eut encore besoin d'être sondé, et l'urine s'écoula par la sonde, comme précédemment, c'est-à-dire sans jet prononcé.

10 janvier, nouvelle séance d'électricité semblable à celle de la veille. C'est encore dans le rectum que se font sentir les principales douleurs; comme la veille elles cessent avec l'action de la machine. Le soir on fut encore obligé de pratiquer le cathétérisme, mais cette fois l'élève qui le pratiqua crut remarquer que le jet était lancé avec plus de force que les jours précédents, bien qu'il y eût moins d'urine dans la vessie. Pendant la nuit le malade eut des envies d'uriner assez fréquentes, et remplit à plusieurs reprises, sans sonde, deux crachoirs.

Le 11, troisième séance. Le malade accuse, pendant le passage du courant électrique, de la douleur dans le rectum, et de plus la sensation qu'on éprouve dans l'urètre en urinant. De temps en temps la vessie se contracte énergiquement, et quoiqu'elle eût été préalablement vidée, elle projette au dehors à plusieurs reprises les quelques gouttes d'urine restantes ou qui

y arrivent. Le soir le malade avait uriné librement; on ne le sonda plus.

Le 12, quatrième et dernière séance. Le malade éprouve les mêmes sensations que dans la précédente; il urine de mieux en mieux et se trouve ainsi guéri après quatre séances d'électricité; chacune d'elles avait duré de trois minutes à trois minutes et demie.

J'ai gardé ce malade du 12 au 31 janvier; pendant ce temps la guérison ne s'est pas démentie un seul instant; il est sorti de l'hôpital le 31 janvier 1849.

Malgré la complication d'un certain degré d'engorgement de la prostate, il est impossible de méconnaître dans cette observation les symptômes et les effets d'une paralysie de la vessie. Tous les chirurgiens savent du reste combien est fréquente la coexistence de ces deux affections. Il n'est pas impossible que l'obstacle qu'oppose la prostate tuméfiée à l'émission complète de l'urine amène, par la distension des fibres de la vessie, l'affaiblissement et la paralysie. Quelle que soit l'explication qu'on en veuille donner, le fait est constant et n'est pas rare. Au reste, ici comme dans la première observation, même rapidité dans la guérison; la vessie a donné plus promptement des signes de sensibilité; mais si la torpeur de cet organe est moins profonde que dans le premier cas, il est à craindre que la guérison ne soit de moins longue durée à cause de la disposition de la prostate; peut-être que chez ce malade l'usage de la sonde et celui des injections dans la vessie auraient triomphé après un temps plus ou moins long; c'est du moins ce que j'ai observé quelquefois et non constamment dans des cas analogues; mais ce qu'on peut affirmer, c'est que par aucune espèce de traitement la guérison n'eût été aussi prompte, accompagnée d'aussi peu de souffrance et de difficultés.

Les deux observations que je viens de vous faire connaître, la

première surtout, avaient dépassé mes espérances ; j'aurais voulu multiplier rapidement les tentatives du même genre, pour pouvoir confirmer ou infirmer les résultats que je venais d'obtenir ; les occasions ne m'en ont pas été données. Notre ami M. Monod a bien voulu mettre, de son côté, le même moyen en usage ; voici la première observation que je dois à son obligeante amitié.

TROISIÈME OBSERVATION.

M. Coreau, âgé de quatre-vingt-neuf ans, d'une constitution encore vigoureuse, entre à la Maison de santé dans le service de M. Monod, vers le 10 janvier 1849. Cet homme actuellement sans emploi, fit dans le cours de sa vie plusieurs maladies ; il affirme n'avoir jamais eu aucune affection syphilitique ni blennorrhagique. Il y a quinze ans, il fut pris, sans qu'il puisse en savoir la cause, d'une rétention d'urine pour laquelle il fut sondé un grand nombre de fois ; il ne se rappelle pas à quel traitement il fut soumis, ni quelle fut la durée de cette rétention dont il fut guéri complétement. Il y a trois ans le même accident se reproduisit et, comme la première fois, disparut sans laisser de trace, après un traitement sur lequel le malade ne dit rien de précis.

Vers le 10 janvier il fut reçu à la Maison de santé : il se présenta à nous, avec une énorme tumeur hypogastrique, due à la distension de la vessie. Le cathétérisme fut pratiqué facilement avec une sonde d'un gros calibre ; aucune tumeur n'était appréciable du côté de la prostate. Il sortit de la vessie une quantité considérable d'urine, claire d'abord, mais purulente à la fin.

Le malade fut traité de sa paralysie de vessie par des bains et des cataplasmes émollients, des boissons diurétiques, le tout sans succès.

Le cinquième jour de son entrée, M. Monod prescrivit l'ap-

plication de l'électricité. D'abord, les deux pôles de la pile furent réunis sur la région hypogastrique et promenés à sa superficie. Les deux premières applications n'eurent pas de résultat. La troisième se fit au moyen d'une algalie en étain introduite dans la vessie et en communication avec l'un des pôles de la pile; l'autre pôle était promené sur l'hypogastre. Quelques gouttes d'urine furent rendues ce jour-là, mais la vessie ne put se vider complétement d'elle-même. Les deux dernières applications, c'est-à-dire la quatrième et la cinquième, se firent au moyen de deux algalies enfoncées, l'une dans la vessie, l'autre dans le rectum, et mises en communication chacune avec un des pôles de la pile.

Le malade supporta ces opérations avec peine; elles n'eurent du reste aucun résultat immédiat : la vessie resta impuissante deux jours encore; mais le cinquième jour le malade urina de lui-même et put vider complétement la vessie; il en fut de même les jours suivants. Depuis lors la contractilité de la vessie ne s'est pas démentie. Le malade était encore dans les salles de M. Monod le 8 février. Il faut noter qu'à la suite de la cinquième application, il a éprouvé des symptômes de cystite.

Dans cette observation, l'âge du malade n'est point une circonstance indifférente : tous les chirurgiens savent que la vieillesse est une des causes les plus communes de la paralysie de vessie et de l'espèce la plus difficile à guérir; plusieurs détails de cette observation lui donnent encore une haute importance; non seulement comme conclusion finale, le malade a guéri, et à ce point de vue ce fait se rapproche entièrement des deux observations qui m'appartiennent; mais en outre je ne puis passer sous silence les deux modes d'électrisation différents auxquels ce malade a été soumis. Les effets ont été nuls tant que l'électricité n'a agi que sur les filets nerveux de la vie animale. Aussitôt que les deux ordres de nerfs ont été sti-

mulés par l'action électrique, quelques résultats ont commencé à se montrer. En somme, il n'a fallu que trois séances complètes pour amener la guérison, bien que cette guérison n'ait été achevée que le troisième jour après la dernière.

QUATRIÈME OBSERVATION.

M. Monod m'a encore fait part oralement d'une observation de paralysie de vessie guérie également par l'électricité, chez une femme de cinquante-sept ans, affectée de paralysie de vessie à la suite d'empoisonnement par la vapeur de charbon. Dans ce cas les sondes furent placées l'une dans la vessie, et l'autre sur la paroi vésico-vaginale. Je retrouve dans la *Lancette*, du 17 février 1849, quelques détails sur cette observation. La paralysie persistait depuis dix jours, lorsque M. Monod en entreprit le traitement, une seule application a suffi pour amener la guérison ; sans doute que si on en juge par analogie avec les paralysies des autres parties du corps consécutives à l'empoisonnement carbonique, cette paralysie se fût dissipée spontanément avec le temps. La thèse de M. le docteur Bourdon contient un certain nombre d'observations à l'appui de cette proposition ; mais il me paraît impossible de refuser à l'influence de l'électricité la rapidité de la guérison, et c'est encore un assez beau résultat que d'épargner à un malade des jours et peut-être des semaines de souffrances et d'infirmité.

Maintenant il me resterait à déterminer dans quels cas l'électricité doit être appliquée au traitement de la paralysie de la vessie, et pour quelles espèces il conviendrait davantage. Ce travail ne saurait être achevé aujourd'hui par moi, car je veux m'en tenir à la stricte observation des faits ; il résulte de ceux dont j'ai eu l'honneur de vous entretenir dans le cours de ce mémoire, que l'électricité a eu une application heureuse et

utile au traitement de la paralysie de vessie par la vieillesse, à celle produite par la distension de la vessie, même alors qu'elle était compliquée d'une affection catarrhale intense et de décomposition putride de l'urine. J'irais au delà de ce qui ressort évidemment des faits, si je disais qu'elle a été le traitement le plus efficace de cette complication catarrhale de la paralysie; tout porte à croire cependant qu'elle a contribué à la promptitude de la guérison de cette complication fâcheuse ; elle a réussi dans la paralysie avec un certain degré d'engorgement de la prostate; elle a été utile dans la paralysie par la vapeur du charbon. Ne serait-il pas permis d'espérer également du succès dans les cas analogues à ceux du couvreur dont parle Chopart? Mais je ne veux pas conclure d'après une hypothèse, je veux m'en tenir, comme je vous l'ai dit, à l'observation des faits, et encore ces faits ont-ils besoin d'être multipliés, les expériences d'être répétées pour déterminer si, comme je n'en doute pas, cette efficacité de l'électricité existe réellement, pour en assigner les limites, en déterminer les indications et en faire connaître les inconvénients. C'est pour résoudre toutes ces questions que je fais un appel à votre expérience et à votre pratique. La solution ne saurait être douteuse ni longtemps attendue, car c'est à vous surtout qu'il appartient de décider si, par un hasard singulier, une coïncidence de traitement et de guérison spontanée, je me suis laissé aller à une illusion, ou si j'ai fait une application utile d'un moyen thérapeutique connu à une maladie commune aussi et trop souvent rebelle à nos moyens de traitement.

NOTE

SUR UN

CALCUL SALIVAIRE

TRÈS VOLUMINEUX,

Par le docteur BASSOW, de Moscou,

Membre correspondant de la Société de Chirurgie de Paris.

Il y a quelques années, une fille de campagne âgée de vingt ans, d'une bonne constitution, se présenta à la consultation de la clinique chirurgicale de l'Université de Moscou, portant, dans la région massétérine gauche, sur le trajet du canal de Sténon, un ulcère dans lequel se trouvait enchatonnée une concrétion calculeuse. La surface convexe et plus égale de ce calcul était ensevelie dans les chairs; l'autre, rugueuse, était tournée en dehors et à découvert.

L'extrémité d'une sonde promenée avec ménagement autour du calcul entre celui-ci et les parties molles ainsi que quelques tractions légères, suffirent pour le détacher des fongosités auxquelles il adhérait.

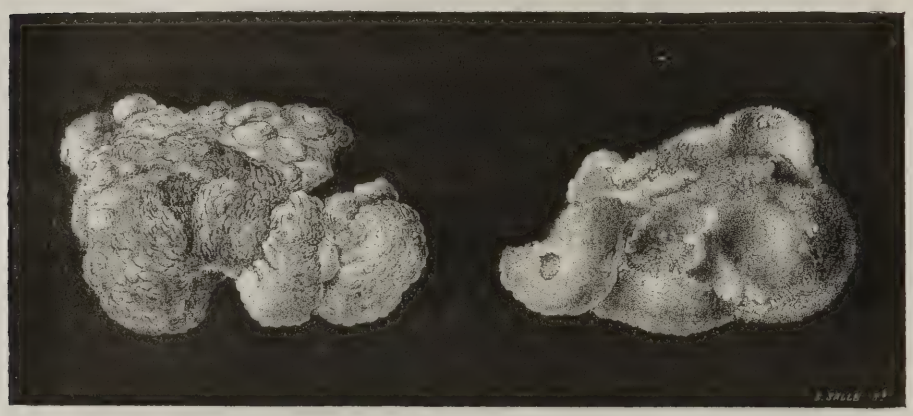
Cette extraction ne fut suivie que de l'écoulement de quelques gouttes de sang et l'ulcère fut pansé à plat.

Au bout de cinq à six jours la solution de continuité était couverte d'une petite quantité de pus louable, et l'on voyait la cicatrisation commencer sur quelques points.

Cette jeune fille fut alors perdue de vue, les cliniques de l'Université ayant été évacuées et fermées par ordonnance du médecin en chef; elle n'avait d'ailleurs pu donner aucun renseignement exact sur sa maladie si ce n'est qu'elle avait commencé à pa-

raître depuis huit ans à peu près sans cause appréciable et qu'elle avait toujours augmenté très lentement depuis cette époque.

Le calcul sec pèse 18 grammes 60 centigrammes. L'analyse chimique y a démontré l'existence des carbonates et des phosphates de chaux et de magnésie, du chlorure de sodium et de la matière animale en petite quantité.



Grandeur naturelle et conformation du calcul vu sous ses deux faces.

NOUVELLE OBSERVATION

POUR SERVIR A L'HISTOIRE

DE L'URÉTROPLASTIE,

Par M. RICORD,

Chirurgien de l'hôpital du Midi.

La chirurgie autoplastique, quoique de date ancienne, avait été tellement négligée, ou si rarement appliquée à quelques cas particuliers, qu'elle peut être presque considérée comme une invention moderne. Cela, du reste, est absolument vrai, eu égard à l'urétroplastie; car il n'est nulle part question, dans les écrits des anciens, de procédés autoplastiques appliqués à la guérison de certaines fistules urinaires, ou de destructions de l'urètre restées incurables par les moyens ordinaires.

C'est à A. Cooper, à Earle, à Dieffenbach, et à MM. Alliot, Ségalas, Jobert (de Lamballe) et à moi enfin, que commence l'histoire des réparations autoplastiques de l'urètre. L'art, sous ce rapport, a décidément fait aujourd'hui une conquête; il a vaincu une des plus grandes difficultés chirurgicales; et grâce aux opérations hardies et patientes, tentées par les auteurs que je viens de citer, et qui ont obtenu les résultats les plus heureux, l'homme cessera d'être voué à une des plus dégoûtantes infirmités qui puissent l'affliger.

Pour réparer l'urètre dans ses différentes régions, et surtout dans la région pénienne, les chirurgiens peuvent encore rester dans l'incertitude quant à la manière d'opérer. Il est donc du devoir de tous ceux qui ont eu à pratiquer des opérations de cette nature de rendre compte de ce qu'ils ont fait et de ce

qu'ils ont obtenu; enfin, de fournir des pièces au procès en litige, et de permettre un dernier jugement, soit pour l'adoption d'une méthode unique, soit pour l'application de procédés spéciaux à des cas particuliers.

C'est cette tâche que je viens remplir, en soumettant au jugement de la Société de chirurgie l'observation d'un malade chez lequel l'urétroplastie a été pratiquée avec un plein succès, pour une destruction de la région antéscrotale de l'urètre, de 4 centimètres 1/2 de longueur sur 2 centimètres 1/2 de largeur.

Voici l'observation :

G....., âgé de vingt-six ans, tailleur, d'un tempérament lymphatico-sanguin, d'une bonne constitution, est entré le 3 septembre 1847 à l'hôpital du Midi, salle 3, lit n° 14. Sa maladie date de 1840; elle a débuté par une blennorrhagie qui fut mal soignée, car G..... continuait à voir des femmes et se livrait à des excès de tout genre. L'écoulement urétral durait depuis deux ans et demi, quand le jet de l'urine commença à diminuer.

En 1844, ce malade fut affecté d'une rétention d'urine complète, et il entra dans un hôpital de province, où on lui fit subir un traitement de quarante jours par la dilatation. Il sortit de l'hôpital et continua pendant quelque temps encore l'usage des sondes ; mais deux épididymites étant successivement survenues sous leur influence, il fallut renoncer à leur emploi.

Le rétrécissement se reproduisit et une nouvelle rétention d'urine eut lieu dans les premiers jours du mois de mai 1847. G... voulut alors se sonder lui-même; mais il fit une fausse route : une infiltration d'urine en fut la conséquence, et il vint à l'Hôtel-Dieu de Paris. Là, on lui ouvrit deux abcès : l'un avait pour siége l'angle péno-scrotal, l'autre le périnée. On pratiqua ensuite deux grandes incisions sur le scrotum, pour opérer le dé-

gorgement des tissus infiltrés d'urine : ces deux incisions furent faites, l'une à droite et l'autre à gauche du scrotum.

Le malade sortit de l'Hôtel-Dieu, et vint demander un lit à l'hôpital du Midi. Voici l'état dans lequel il se présenta à mon observation :

L'infiltration urineuse avait disparu, les incisions du scrotum étaient cicatrisées, mais une perte de substance, qui avait 4 centim. 1/2 de largeur, existait à la région spongieuse de l'urètre. Le lambeau cutané, qui avait été détruit, appartenait à la peau de la verge. Une fistule située à droite, en avant de la marge de l'anus, avait succédé à l'abcès du périnée.

Pendant la miction, une grande partie de l'urine s'écoulait par l'ouverture située en avant du scrotum, et le reste s'échappait par l'ouverture du périnée.

Le 8 septembre 1847, j'introduisis une petite bougie pour dilater le trajet de la fistule périnéale. Cette première tentative fut infructueuse, et je ne parvins à pénétrer dans la vessie, que le 11 septembre, à l'aide d'une bougie n° 7 de la filière millimétrique. Cette bougie, que j'avais laissée à demeure, fut remplacée, le 19 septembre, par une autre du n° 8.

La dilatation avec les bougies fut continuée jusqu'au 12 octobre ; puis je les remplaçai par une sonde n° 9.

Enfin, après avoir graduellement augmenté le calibre des sondes jusqu'au 22 octobre, je finis par en introduire une du n° 19.

L'urine que contenait la vessie s'échappait alors complétement par la sonde, et une assez grande quantité de muco-pus s'écoulait par l'ouverture située à l'angle péno-scrotal.

Le malade était dans les conditions que je viens de décrire, quand je pratiquai, sur lui, l'opération de l'urétroplastie, le 28 octobre : on le soumit à l'influence anesthésique des inhalations éthérées et on en poussa l'action jusqu'à l'insensibilité complète.

Comme le malade avait un phimosis, j'incisai le prépuce, à sa partie supérieure, dans le but de faciliter le glissement de la peau de la verge d'avant en arrière. J'avivai, ensuite, par l'excision, les bords de l'ouverture péno-scrotale. Je fis subir à la peau qui la circonscrivait un décollement de 1 centimètre 1/2 de largeur, en ayant soin de respecter la paroi supérieure de l'urètre adossée aux corps caverneux, ainsi que le tissu de cicatrice voisin.

Quand l'écoulement du sang fut arrêté par des applications d'eau froide, j'effectuai, transversalement, la réunion à l'aide de dix points de suture entortillée.

Les parties opérées furent recouvertes de compresses imbibées d'eau froide, et on plaça le malade dans son lit, dans une position qui permettait le libre cours de l'urine par la sonde périnéale.

La nuit fut bonne, mais le lendemain, un gonflement œdémateux accompagné de rougeur était survenu dans le voisinage de la suture. Au centre de la tumeur on sentait un point de fluctuation : en pressant avec les doigts, je fis sortir un peu de sérosité sanguinolente, puis du sang noirâtre, puis enfin quelques grumeaux purulents. La suture avait été souillée par l'urine; car la sonde du périnée avait été dérangée accidentellement.

On continua les applications de compresses imbibées d'eau froide.

Le 31, la rougeur et le gonflement ont diminué, mais du pus couleur chocolat et d'une odeur gangréneuse urineuse s'échappe au travers de la suture.

Le 1er novembre, je trouvai les tissus déchirés par les épingles : cette déchirure avait été faite par les tiraillements occasionnés par les érections fréquentes et prolongées qui tourmentaient le malade depuis le jour de l'opération. La réunion avait été manquée, mais l'ouverture accidentelle avait néanmoins

pris une disposition meilleure, et je pus maintenir ses bords rapprochés à l'aide de bandelettes de diachylon gommé.

Le 9 novembre, la sonde périnéale fut mieux adaptée, et la suppuration, qui jusqu'alors avait été très abondante, avait presque entièrement cessé et la plaie avait diminué d'un tiers de son étendue.

La sonde périnéale continuait à bien fonctionner. J'avivai de nouveau, par l'excision, les bords de la plaie et je les réunis par cinq points de suture entortillée transversalement placés.

Le 14 novembre, j'enlevai les sutures : les angles de la plaie étaient agglutinés à droite et à gauche, le centre seul restait béant. Malgré l'emploi du camphre, des érections continuaient à tourmenter le malade.

Après avoir été abandonnée à la suppuration et au bourgeonnement, réprimé de temps en temps par des cautérisations avec le nitrate d'argent, jusqu'au 9 décembre, la plaie n'avait plus alors que la moitié de son étendue primitive. Je pratiquai de nouveau l'excision des bords de la plaie et je les réunis par deux points de suture longitudinale et empennée.

Le lendemain, je constatai un peu de gonflement œdémateux de la peau de la verge et de celle des bourses. De plus, la sonde périnéale ayant été dérangée, et un peu d'urine étant remontée vers la plaie, j'exerçai une compression, à l'aide de compresses graduées entre le scrotum et la fistule périnéale.

Le 15 décembre, j'enlève de nouveau les points de suture et j'observe encore une diminution de moitié dans l'étendue de la plaie.

Le 25 décembre, sans avoir préalablement avivé les bords de la plaie, parce qu'elle présentait des bourgeons charnus de bonne nature, je fis longitudinalement deux points de suture entortillée : mais, pendant la nuit, de violentes érections déchirè-

rent les tissus, et la plaie fut après cela plus étendue qu'avant la suture.

Je laissai reposer le malade jusqu'au 1er février 1848, parce que la sonde périnéale avait occasionné un peu d'irritation de la vessie.

Le 1er février, l'irritation de la vessie ayant cessé, je voulus de nouveau introduire la sonde par l'ouverture du périnée, mais je la trouvai tellement rétrécie, qu'il me fallut, comme la première fois, recourir à la dilatation graduelle par les bougies.

Pendant tout le temps que le malade resta sans sonde, une partie de l'urine s'échappait par l'ouverture péno-scrotale. Quand il me fut possible d'en diriger l'émission, à l'aide de la sonde périnéale, j'essayai d'oblitérer l'ouverture persistante, et qui était devenue presque circulaire, en appliquant dessus un lambeau de peau que j'empruntai au côté gauche et supérieur du scrotum. Pour cela, je pratiquai l'avivement du pourtour de l'ouverture en commençant par le bas et de droite à gauche, puis en prolongeant l'excision par une incision semi-elliptique sur le scrotum, je disséquai un lambeau qui excédait d'un tiers l'ouverture à oblitérer, et dont le pédicule se continuait avec le côté gauche de la plaie; puis, par un mouvement de rotation de gauche à droite et horizontalement, j'appliquai ce lambeau sur l'ouverture et je le fixai par six points de suture.

Quant à la perte de substance occasionnée par l'emprunt du lambeau cutané, je la fis disparaître en réunissant les bords qui la circonscrivaient à l'aide de deux points de suture longitudinale.

Le 5 février, les épingles de la suture menaçaient de déchirer la peau, je les enlevai : l'agglutination du lambeau avait réussi dans les trois quarts de sa circonférence.

Le 15 février, une épididymite étant survenue, il fallut retirer la sonde périnéale.

Après huit jours de diète, de l'usage de boissons délayantes, et de l'application de quelques cataplasmes émollients, le gonflement de l'épididyme avait cessé. Jusqu'au mois de juin, je me contentai de faire, de temps en temps, quelques applications de teinture de cantharides, mais sans pouvoir obtenir l'oblitération du point fistuleux persistant. De temps en temps, j'introduisais par le méat urinaire, des bougies qui avaient pour but d'entretenir l'intégrité du canal; mais cette précaution ayant été négligée plus tard, je trouvai l'urètre oblitéré, en arrière du bulbe.

Le 10 juillet, après avoir replacé la sonde dans la vessie, en passant par la fistule périnéale, je fis une suture circulaire, à l'aide d'un fil de soie disposé comme les cordons d'une bourse.

Voici la description de ce procédé opératoire :

Avec une aiguille droite, courte et armée d'un fil de soie, on traverse perpendiculairement la peau dans toute son épaisseur, puis on fait glisser l'aiguille horizontalement dans le tissu cellulaire sous-cutané à un demi-centimètre de l'ouverture à oblitérer; alors, après avoir parcouru le trajet de 2 centimètres environ, on fait ressortir l'aiguille, et on la fait pénétrer de nouveau par le trou de sortie, en lui faisant encore parcourir un second trajet de 2 centim. Enfin quand le fil de soie (toujours introduit par le même procédé) a circonscrit le pourtour du point fistuleux, l'opérateur tire à soi les deux bouts de ce fil, afin de faire froncer les tissus. On termine l'opération en attachant les deux bouts du fil de soie sur un bout de sonde, ou sur un petit cylindre de diachylon gommé.

Après avoir fait l'opération que je viens de décrire, sur le malade dont il est ici question, j'enlevai le fil de soie cinq jours après, en coupant le nœud et en tirant sur l'un des chefs. Je trouvai le point fistuleux plus étroit, mais les érections qui tour-

mentaient toujours le malade, surtout pendant la nuit, avaient empêché la cicatrisation complète par les tiraillements qu'elles occasionnaient.

J'essayai d'oblitérer l'ouverture capillaire qui restait en faisant des cautérisations avec le nitrate d'argent; mais je ne pus réussir.

Le 25 septembre, je pratiquai de nouveau la suture circulaire à l'aide du procédé que j'ai décrit.

Cette fois, pour empêcher les tiraillements exercés par les érections, je fis remonter le scrotum et je le maintins fixé contre la verge avec des bandelettes agglutinatives; puis on appliqua sur les parties opérées une vessie remplie de glace pilée.

J'enlevai le fil de soie cinq jours après cette nouvelle opération, et je trouvai qu'enfin l'oblitération du point fistuleux était obtenue. La cicatrice ne présentait aucune difformité et il ne restait aucune trace de tout ce qui avait existé.

Quant à la fistule du périnée, elle était persistante; il me fallut donc songer à la fermer à son tour, afin de rétablir l'intégrité du trajet de l'urètre. Mais comme ce canal, ainsi que je l'ai mentionné déjà, était oblitéré, je fus obligé de diviser avec le coarctotome, l'espèce de cloison accidentellement formée par le retrait du tissu inodulaire qui avait occasionné le rétrécissement, et qui avait été la source première de tous les accidents.

Ce fut au mois de novembre que je fis cette opération et voici le procédé opératoire auquel j'ai eu recours :

J'introduisis par la fistule périnéale une sonde cannelée que je fis pénétrer jusque dans la vessie; puis, par le méat urinaire, j'introduisis mon coarctotome courbe jusqu'à la rencontre de la sonde cannelée, un peu en avant du rétrécissement. Alors, en faisant saillir la lame du coarctotome, j'incisai le point rétréci et me guidai sur la cannelure de la sonde pour faire arriver l'urétrotome dans la vessie. La lame étant ensuite rentrée dans

sa gaîne, je la retirai et je laissai l'urétrotome à demeure pendant deux jours : il fit l'office de sonde.

Les jours suivants, je remplaçai l'urétrotome par des sondes en gomme élastique dont le calibre fut graduellement augmenté : au bout d'un mois, j'étais arrivé au n° 20 de la filière millimétrique. A partir de cet instant, l'ouverture du périnée se rétrécissait avec une grande rapidité. Pour en faciliter et déterminer enfin l'oblitération, je fis des cautérisations avec un stylet trempé dans du nitrate acide liquide de mercure.

L'urine et le sperme ont repris leur cours naturel.

Pour ceux qui n'ont pas pratiqué l'urétroplastie ou qui n'ont pas eu l'occasion de la voir pratiquer, le temps employé pour la guérison du malade, dont je viens d'esquisser l'histoire a pu paraître long, et peut-être aussi la méthode employée a paru défectueuse. Mais pour ceux qui sont au courant de la science et qui connaissent toutes les difficultés qu'on rencontre dans les opérations de ce genre, ils trouveront très heureux le résultat que j'ai obtenu.

La méthode à laquelle j'ai eu recours se rapporte aux cas déjà signalés par Vignerie et si habilement imités depuis par M. Ségalas. Je me suis servi d'une fistule, déjà existante au périnée, pour vider la vessie et pour empêcher l'urine de souiller les parties sur lesquelles je devais opérer. Malgré les beaux résultats qui ont été obtenus par Astley Cooper, par M. Alliot, et par mon savant ami M. le docteur Jobert (de Lamballe) sur des malades qui n'avaient pas de fistule périnéale ou sur lesquels on n'en avait pas artificiellement établi, on est forcé de convenir que l'urine est un liquide essentiellement irritant, antiplastique et mortifiant. Tous les chirurgiens le savent, et l'ingénieux auteur de la chirurgie plastique l'a du reste prouvé en signalant avec détail tous les accidents nuisibles produits par l'urine.

Ce qui pourrait encore mieux venir à l'appui de mon assertion, c'est que, toutes les fois qu'un insuccès a été signalé, à la suite d'une opération d'urétroplastie, toujours on a mentionné que la réunion avait manqué, parce que les parties opérées avaient été baignées par l'urine. Assurément cette cause n'est pas la seule qui puisse survenir, mais elle est assez importante pour qu'on doive toujours s'en occuper.

Pour obvier aux inconvénients que l'urine peut occasionner, il existe deux méthodes :

1° L'emploi de la sonde parcourant le trajet de l'urètre.

2° La déviation du cours de l'urine par une ouverture du périnée, morbidement préexistante ou artificiellement produite.

Mais les sondes peuvent-elles réellement et efficacement vider la vessie, de manière à empêcher l'urine de s'échapper en s'insinuant entre leurs parois et celles de l'urètre ? — Non, incontestablement non. Toutes les observations citées le prouvent. C'est en vain qu'on a garni les sondes avec des éponges à leur extrémité vésicale ; c'est en vain aussi qu'on a mis des fils à leur extrémité vésicale dans le but de les faire fonctionner par capillarité. On n'a pas mieux réussi quand on a essayé d'allonger le tube au delà du méat urinaire, pour faire jouer à la sonde le rôle d'un siphon ; toujours l'urine s'est infiltrée entre les parois de la sonde et celles du canal.

Cet accident est arrivé sur un malade que j'avais opéré en 1834, en présence de Dieffenbach et de M. le professeur Lallemand, malgré la précaution que j'avais eue d'employer l'ingénieux appareil de M. Soyers. Le calibre des sondes, quel qu'il soit, ne peut remédier à cet inconvénient quand on se rappelle le mécanisme d'après lequel l'émission de l'urine s'effectue. Si les sondes sont trop volumineuses, elles distendent les parties opérées et peuvent nuire à la réunion. Les sondes ont encore un autre inconvénient : par leur présence dans l'urètre, elles

agissent comme corps étrangers et produisent une suppuration nuisible à la réunion par première intention. De plus, on est obligé de les remplacer souvent, soit qu'elles se brisent ou que leurs parois extérieures s'encroûtent par le fait des dépôts salins de l'urine; car alors leur introduction répétée devient fatigante, elle irrite ou dérange les parties qu'on cherche à maintenir en contact.

Voilà pourquoi on a dû chercher à s'abstenir de l'usage des sondes dans les opérations d'urétroplastie.

Quant à la déviation du cours de l'urine par une ouverture du périnée, morbidement préexistante ou artificiellement produite, elle a été pour Vignerie, pour M. Ségalas et pour moi, un moyen de succès. Cependant on a fait à cette méthode les objections suivantes

On a dit qu'elle n'empêchait pas l'urine de remonter et de venir mouiller la plaie; cela est vrai, mais on a de moins l'inconvénient de l'irritation produite par la sonde, qui distend les parties opérées. Du reste on peut, ainsi que je l'ai fait chez mon dernier malade, en exerçant une compression sur le périnée, forcer l'urine à passer par la sonde. Je ne m'arrêterai pas sur les dangers signalés dans l'opération de la boutonnière que j'ai le premier appliquée à l'urétroplastie.

Les succès obtenus par moi et par M. Ségalas en ont fait justice. Mais je constaterai le bon parti qu'on peut tirer des fistules périnéales morbidement existantes, en rappelant les heureux résultats que nous avons obtenus dans ces circonstances, à propos mises à profit.

C'est à tort qu'on a prétendu qu'il était difficile d'oblitérer les ouvertures du périnée après la guérison des fistules urétrales: quand elles sont artificielles, il ne faut pas longtemps pour en obtenir la cicatrisation.

Quand elles sont morbidement préexistantes, la présence de

la sonde ajoute peu aux causes qui les entretiennent, et n'empêche pas d'avoir recours aux moyens que l'on doit employer, dans tous les cas, pour les faire cicatriser.

Enfin, on ne peut considérer, comme sérieuses, les objections qu'on a émises sur la production possible d'une irritation du col de la vessie, ou d'une épididymite, quand on introduisait une sonde par l'ouverture périnéale ; car, quelle que soit la route qu'on lui fasse parcourir, les mêmes inconvénients peuvent se présenter.

Toutefois, là ne sont pas les seules difficultés qu'on ait à vaincre : à la mauvaise qualité des tissus, au peu d'épaisseur de la peau qui doit servir à la réparation, à la laxité du tissu cellulaire, si facile à s'infiltrer de sang, de sérosité et surtout d'urine, il faut ajouter la mobilité des parties, la prédisposition aux érections par suite de l'irritation que produit toujours l'opération, et le poids du scrotum abandonné à lui-même, ou sa fixité quand il est soutenu par un suspensoir : ce qui l'empêche de suivre les mouvements de la verge et facilite par conséquent les tractions des parties opérées.

La densité du tissu cellulaire, l'épaississement de la peau, finissent par s'effectuer à l'aide de l'inflammation, et servent plus tard, quand la réunion immédiate n'a pas réussi. Des sutures, successivement appliquées, en ayant le soin de ne pas laisser les épingles assez longtemps pour déchirer les tissus, facilitent beaucoup la production de ce salutaire épaississement.

Le décubitus, sur un lit un peu résistant, une température ambiante peu élevée, la diète, les applications d'eau froide et l'emploi du camphre ne parviennent que très incomplétement à dompter les érections. Le moyen qui m'a le mieux réussi consiste à relever le scrotum sur la verge et à fixer ces parties ensemble, à l'aide de larges bandelettes agglutinatives, modérément serrées.

En résumé, d'après les opérations d'urétroplastie que la science possède, on peut établir les règles suivantes :

1° On doit profiter des voies accidentelles qui pourront servir à détourner l'urine des parties qu'on veut réunir ou oblitérer.

2° Favoriser le glissement de la peau de la verge d'avant en arrière, par la division du prépuce, quand il existe un phimosis.

3° Donner la préférence à la méthode autoplastique qui consiste à emprunter un lambeau au scrotum, ainsi que je l'ai fait en 1834 et dans l'une des phases de l'opération que j'ai décrite, et comme l'a fait aussi avec succès l'habile chirurgien de l'hôpital Saint-Louis.

4° Se servir de la suture circulaire pour oblitérer les ouvertures ou les pertuis persistants.

SQUIRRHE DE LA PAROTIDE.

EXTIRPATION. — GUÉRISON.

OBSERVATION COMMUNIQUÉE A LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS,

DANS LA SÉANCE DU 7 FÉVRIER 1849,

Par M. MONOD,

Chirurgien de la Maison nationale de santé, etc.

M. L....., curé à Évreux, âgé de cinquante ans, d'une forte constitution, d'un tempérament sanguin, n'ayant jamais eu de maladie grave, fut affecté, il y a vingt-cinq ans, à la suite d'une fluxion dentaire, d'un abcès au niveau de l'angle de la mâchoire du côté droit. Depuis cette époque jusqu'au mois de janvier dernier, il ne s'aperçut de rien dans cette région ; mais à cette époque survint un léger gonflement de la région parotidienne droite avec douleurs lancinantes. Depuis ce moment, malgré divers traitements résolutifs, la tumeur et les douleurs augmentèrent progressivement, et, d'après l'avis de M. Fortin son médecin, le malade entra, dans les premiers jours de décembre 1848, à la Maison nationale de santé pour se faire débarrasser de cette tumeur.

État actuel. — Toute la maladie est bornée à la tumeur parotidienne ; la santé, du reste, est parfaite. Cette tumeur s'étend en avant sur le masséter, en arrière sur le sterno-mastoïdien ; limitée en haut par le conduit auditif externe, elle envoie en bas un prolongement rétréci qui s'étend obliquement jusqu'à l'os hyoïde. Elle est peu saillante extérieurement ; son immobilité fait penser qu'elle doit être fortement enclavée derrière la branche de la mâchoire. Il est impossible d'apprécier exactement ses limites profondes ; cependant comme les mouvements

de la mâchoire sont encore assez faciles, que la déglutition n'est pas gênée, qu'il n'existe pas de saillie dans l'intérieur de la bouche du côté du gosier, il y a lieu d'espérer qu'il n'y a pas de racines profondes impossibles à atteindre. Il existe une paralysie des muscles de la partie inférieure de la face du côté droit tandis que les paupières de ce côté se ferment complétement. On en conclut que la branche cervico-faciale du nerf facial compris dans la tumeur est paralysée par la pression exercée sur elle. Cette tumeur fort dure, presque insensible à une pression modérée, est le siége de douleurs lancinantes qui reviennent fréquemment, et depuis quelques semaines troublent le sommeil. La peau adhérente à la tumeur est le siége d'un grand développement vasculaire. Le prolongement inférieur est assez mobile et a la forme d'un petit ganglion.

De cet examen, je crois pouvoir conclure qu'il s'agit d'un squirrhe de la parotide et que la tumeur peut être extirpée. Ces conclusions étant approuvées par MM. Marjolin, Blandin, Denonvilliers et Nélaton, l'opération est pratiquée le 12 décembre 1848 en présence et avec l'assistance de MM. Denonvilliers, Nélaton et Marjolin fils, de la manière suivante :

Opération. — Le malade couché sur un lit, la tête élevée et renversée à gauche, est soumis à l'action du chloroforme.

1° Une incision est pratiquée à la peau, légèrement oblique en bas et en avant depuis le conduit auditif jusqu'au niveau de l'os hyoïde; la lèvre externe est incisée horizontalement jusqu'au delà du sterno-mastoïdien, un peu au-dessous du niveau de l'angle de la mâchoire.

2° Les deux lambeaux postérieurs, puis la lèvre antérieure sont séparés de la tumeur et écartés de sa surface. Les adhérences de la peau à la tumeur rendent cette dissection pénible; une multitude de petits vaisseaux donnent du sang qui s'écoule en nappe.

3° La tumeur attaquée à sa partie antérieure est détachée du masséter et de la mâchoire, partie avec les doigts, partie avec le bistouri : le masséter est ainsi mis à nu dans sa presque totalité ; des artères musculaires et des vaisseaux de l'artère transversale de la face donnent quelques jets de sang peu considérables.

4° La tumeur est disséquée à sa partie postérieure par les mêmes moyens qu'en avant ; les adhérences qui l'unissent au sterno-mastoïdien sont détruites et la dissection est portée au-devant de ce muscle jusqu'à l'apophyse styloïde ; un rameau artériel donne un jet de sang au niveau du conduit auditif ; il est comprimé par le doigt d'un aide et l'hémorrhagie ne reparaît plus.

5° La tumeur est détachée dans sa partie profonde à l'aide du bistouri, des doigts et des ciseaux, en ayant toujours la précaution de diriger les instruments vers la tumeur même qui, saisie par des érignes est fortement tirée et portée successivement dans différents sens suivant les exigences de la dissection. Le prolongement qui s'étend vers l'os hyoïde est d'abord dégagé ; puis la dissection, remontant de bas en haut, permet de séparer la tumeur de la glande sous-maxillaire, de dégager un prolongement de la tumeur qui se porte entre la branche de la mâchoire et le muscle ptérygoïdien interne, dissection qui ne peut être achevée qu'en incisant en partie ce dernier muscle ; de couper ensuite les adhérences de la tumeur derrière ce muscle près du pharynx. En ce moment un jet de sang assez considérable a lieu et un des aides comprime la carotide primitive tandis que l'opération est terminée par la section des adhérences qui unissent la tumeur à l'apophyse styloïde et au conduit auditif externe ; au niveau de ce conduit, une petite partie de la glande parfaitement saine est laissée intacte.

L'opération a duré vingt-six minutes. Pendant les vingt pre-

mières, le malade est resté sous l'influence de l'anesthésie chloroformique.

Malgré les recherches les plus minutieuses et quoique le pansement n'ait eu lieu qu'une demi-heure après l'extirpation, une seule artère, probablement une branche auriculaire a été liée derrière le muscle ptérygoïdien interne.

La plaie résultant de l'opération est large et profonde; elle laisse apercevoir de haut en bas : le dessous du conduit auditif, l'apophyse styloïde et les muscles styliens, le nerf spinal, le pharynx, le muscle ptérygoïdien interne, la glande sous-maxillaire, les artères carotides interne, externe et la fin de la carotide primitive qui battent à nu au-devant de la colonne vertébrale.

Pansement. — La réunion immédiate est jugée impossible tant à cause de la profondeur de l'excavation qu'à cause des déchirements opérés par les doigts pendant l'extirpation; la plaie est remplie par de l'agaric et de la charpie.

Examen de la tumeur. — La tumeur extirpée représente la forme d'un ovoïde irrégulier avec un petit prolongement qui part de son extrémité inférieure, et un autre qui part de son bord antérieur. Elle est du volume d'un œuf, dure, lobulée; incisée, elle offre les caractères parfaitement tranchés du squirrhe à sa première période. Dans plusieurs points se retrouvent des granulations de la glande non encore altérées. Vers le tiers supérieur, on aperçoit des filets blanchâtres qu'on peut suivre quelque temps entre les lobules de la tumeur; ce sont des branches du nerf facial.

Suites de l'opération. — Dès la fin de l'opération, on constate que tout le côté droit de la face est paralysé; les paupières ne peuvent plus se fermer et la bouche est beaucoup plus déviée qu'avant. Dans la soirée, je trouve l'appareil baigné de sang; j'enlève tout le pansement et m'assure que le sang coule en

nappe de toute la surface et qu'il cesse de couler dès que la plaie est mise à nu. Les suites ont été fort simples. La fièvre a été peu intense. Le pus qui tendait à s'accumuler dans la partie inférieure et à décoller la peau du cou a été détourné au moyen d'une mèche qui. remplissant la partie profonde de l'excavation, pendait au dehors de la plaie par son extrémité inférieure. Dès le moment où le malade a commencé à prendre de la nourriture, il a accusé des douleurs vives dans la plaie au moment de la mastication, douleurs qui ont persisté malgré les progrès de la cicatrisation.

Le 22 janvier, quarante et un jours après l'opération, la plaie n'était plus que superficielle; il existait un peu de tuméfaction de la joue au-devant de la plaie. L'état général était très bon et le malade est parti pour Évreux afin d'achever sa convalescence chez lui.

Des nouvelles reçues le 8 février m'ont appris que les douleurs pendant la mastication ont cessé, que la tuméfaction de la joue a disparu et que la cicatrisation est achevée.

Quoique la science possède un assez grand nombre d'observations d'extirpation de la parotide, cependant sous le rapport de l'opération en elle-même et de ses suites, il reste encore des points obscurs sur lesquels j'ai pensé que le fait dont je viens de communiquer les détails à la Société pouvait jeter quelque lumière.

Une première question se présente à l'esprit, au sujet de ce fait comme à propos de tous les faits semblables : Y a-t-il eu extirpation réelle de la parotide? Si l'on devait s'en tenir aux données anatomiques généralement reçues, il faudrait répondre par la négative puisque la carotide externe a été ménagée. Mais ces données sont fausses. Cette erreur a été signalée par Bérard jeune dans une thèse de concours sur l'extirpation de la paro-

tide. M. Nélaton, ayant fait, à la demande de Bérard, quelques recherches sur les rapports de la carotide externe avec la parotide, put s'assurer qu'un certain nombre de fois l'artère est simplement accolée à la glande. M. Denonvilliers, reprenant ces recherches, que la rapidité exigée pour la composition d'une thèse de concours n'avait pas permis à M. Nélaton de pousser jusqu'au bout, est arrivé à cette conclusion que l'artère est plus souvent accolée à la glande qu'elle n'est enveloppée par celle-ci ; que, dans le plus grand nombre des cas, la glande offre à sa partie profonde un sillon dans lequel est logée l'artère et que ce sillon est converti en une gaîne par un tissu cellulaire lâche qui en réunit les bords. Il est fort possible que le changement de forme de la glande devenue squirrheuse efface le sillon et qu'ainsi l'artère se trouve complétement dégagée de la parotide.

Je conclus de ces faits anatomiques que non seulement l'artère peut être épargnée lors de l'extirpation de la glande, mais que le plus souvent elle ne doit pas être ouverte si l'opération est faite avec les précautions convenables.

Mais quand même les recherches de MM. Nélaton et Denonvilliers ne nous auraient pas révélé le véritable état des choses, il faudrait admettre que dans le cas qui nous occupe, la parotide a pu être enlevée sans lésion de l'artère ; car d'autres circonstances ne permettent pas de douter que c'est la glande elle-même qui formait la tumeur.

Se pourrait-il, en effet, que j'eusse eu affaire seulement à un ganglion lymphatique devenu squirrheux et ayant refoulé la parotide? Je fais cette supposition pour ceux qui n'ont pas examiné des yeux et des doigts l'excavation résultant de l'opération ; car il est impossible même à l'esprit le plus sceptique de conserver des doutes, lorsqu'on a vu à nu les différents organes que j'ai énumérés plus haut, lorsque, portant son doigt dans le fond de la plaie, on a pu apprécier la minceur de la couche de tissus

qui existent au-devant de la colonne vertébrale. Aussi MM. Denonvilliers, Nélaton et Marjolin fils, n'hésitèrent pas plus que moi à reconnaître qu'il n'existait pas de recoins où la parotide aurait pu aller se nicher. Le masséter, le sterno-mastoïdien, le ptérygoïdien interne, l'apophyse styloïde et les muscles qui en partent, le pharynx, le nerf spinal et les trois carotides étaient à nu, comme s'ils avaient été disséqués pour une préparation de cette région ; et il aurait été tout aussi facile de retrouver la glande parotide si elle avait été cachée dans le fond de la plaie qu'il l'était de voir la petite portion qui avait été laissée au-dessus du conduit auditif.

Si, renonçant à la supposition d'un ganglion qui, développé au-devant de la parotide, aurait refoulé celle-ci en arrière, on admettait que j'ai eu affaire à un de ces ganglions qui sont placés derrière ou dans la glande elle-même, je répondrais que dans ce cas l'extirpation du ganglion entraîne celle de la parotide et qu'à l'examen de la tumeur on aurait facilement retrouvé la glande distincte du ganglion squirrheux. Or la dissection de la tumeur nous a bien permis de retrouver çà et là quelques traces de granulations saines, mais rien qui pût être pris pour la totalité d'une parotide.

Les adhérences intimes de la tumeur avec les organes au milieu desquels elle était comme enclavée, sont encore une preuve qu'il s'agissait bien de la glande. En général, les ganglions malades se laissent énucléer avec assez de facilité. Or jamais je n'ai eu à faire une dissection plus pénible et qui exigeât plus d'efforts ; opérant avec les doigts plus qu'avec les instruments tranchants, il m'a fallu déployer une très grande énergie musculaire pour détruire les adhérences de la tumeur, et si l'opération avait duré quelques minutes de plus, j'aurais été obligé de me faire remplacer pour la terminer.

Une dernière preuve, qui ne me paraît pas la moins forte, de

la réalité de l'extirpation de la parotide dans le cas qui nous occupe, c'est la section du tronc du nerf facial. Nous avons vu qu'avant l'opération, le malade était paralysé de la partie inférieure de la joue et qu'immédiatement après l'opération, toutes les parties qui sont vivifiées par le nerf facial étaient complétement paralysées.

Or c'est sur cette circonstance que s'appuie Bérard dans sa thèse et dans son article du Dictionnaire de médecine, pour distinguer les cas où la parotide a été réellement enlevée de ceux où l'opération n'a eu pour effet que d'extraire un ganglion. Le nerf facial, étant caché dans la glande, ne peut être enlevé qu'avec la glande elle-même et un ganglion qui refoulerait la glande en ferait de même pour le nerf. On se rappelle d'ailleurs que la dissection de la tumeur a permis de retrouver des branches du nerf dans l'épaisseur de la tumeur.

Enfin, si l'on objectait que je n'ai eu qu'une seule ligature à faire, je rappellerais qu'il s'est agi, dans ce cas, d'un arrachement plutôt que d'une excision et que l'artère temporale a dû être laissée en dehors des limites de l'opération.

Par tous ces motifs, je crois qu'il n'est pas possible de nier que la tumeur enlevée était réellement formée par la parotide.

Quant au manuel opératoire, je regarde comme très importante la règle qui a été posée et que j'ai observée dans mon opération : dégager la tumeur en avant et en arrière, puis attaquer la face profonde de bas en haut en opérant autant que possible par arrachement et en dirigeant toujours les instruments vers la tumeur. Il devient alors complétement inutile de lier préalablement la carotide primitive comme cela a été conseillé et pratiqué ; et si une artère considérable vient à être ouverte, on peut toujours faire exercer la compression de la carotide primitive et achever l'opération avant de procéder à la ligature. C'est ainsi que s'est comporté M. Denonvilliers dans

une opération analogue à celle qui nous occupe et dans laquelle la carotide externe fut ouverte.

Les douleurs consécutives qui se sont produites au moment de la mastication et qui ont été déjà observées ont été attribuées à ce que la salive continuant à être sécrétée dans ce moment par les portions de la glande qui ont été conservées, et ne pouvant être versée dans la bouche par le canal de Sténon qui a été coupé, trouve un écoulement difficile au travers de la plaie en voie de cicatrisation. J'avoue que j'ai peine à admettre cette explication, dans ce cas-ci au moins : la portion de la glande restée en place était très petite ; la plaie était fort large et le peu de salive qui pouvait se produire devait trouver un écoulement facile. Si l'on fait attention que les muscles ptérygoïdiens interne et masséter ont été disséqués et en partie lésés, et que dans la mastication ce sont ces muscles qui sont mis en jeu, on trouvera, je crois, dans leur inflammation une explication beaucoup plus plausible de ces douleurs consécutives à l'opération.

Quoique partisan très décidé de la réunion immédiate, je n'ai pas cru devoir y recourir dans ce cas : il s'agissait d'une plaie profonde et déchirée, et il était impossible d'appliquer la peau sur les parties sous-jacentes ; la suppuration était donc inévitable, et il vaut mieux dans ces cas lui ouvrir une large et facile issue. Je n'ai eu qu'à me féliciter de la détermination que j'avais prise. En faisant cicatriser la plaie du fond à la superficie, et en ayant soin de placer une mèche dont l'extrémité dépassât l'angle inférieur de la plaie, j'ai pu m'opposer avec succès à l'augmentation d'un clapier qui commençait à se former en bas et à décoller la peau du cou. Or on sait avec quelle facilité le pus fuse dans cette région du corps.

FRACTURE DE CUISSE NON CONSOLIDÉE,

TRAITÉE AVEC SUCCÈS

PAR L'ACUPUNCTURE,

OBSERVATION SUIVIE DE RÉFLEXIONS

Par A. LENOIR,

Chirurgien de l'hôpital Necker, agrégé à la Faculté de médecine, etc.

Dans les premiers jours du mois de mai 1845, comme je sortais de l'hôpital Necker, je fus prié d'entrer dans un hôtel garni, rue de Sèvres n° 65, pour y voir le nommé Dupêché, charpentier tacheron, âgé de trente-trois ans. Cet homme, d'une constitution vigoureuse, d'une taille moyenne, était couché sur un mauvais lit qui formait tout l'ameublement de sa chambre. Il me dit que, le 3 janvier de cette même année, étant occupé dans un bâtiment à des travaux de sa profession, il était tombé de 16 mètres de haut sur le sol et que dans cette chute il s'était cassé la cuisse droite; qu'il avait été immédiatement transporté à l'hôpital de la Pitié et placé dans le service de notre regrettable collègue Bérard (Auguste) ; que là on avait vu que sa fracture n'était pas simple : en effet les fragments en étaient obliques et le supérieur surtout, taillé en biseau très aigu, faisait saillie à travers une plaie de la peau siégeant au côté antérieur et externe du tiers moyen du membre, point dans lequel on voit aujourd'hui une cicatrice enfoncée et inégale. Des soins bien dirigés lui furent donnés, car cet accident, qui menaçait d'être si grave, guérit en cinquante-quatre jours. Le blessé, à cette époque, commençait déjà à se lever et à marcher à l'aide de béquilles, quand pour vaincre la roideur qui existait dans l'articulation du genou, Bérard essaya d'imprimer quelques mouvements à

cette articulation : le cal fléchit dans une de ces manœuvres et les signes de la fracture reparurent ; on réduisit de nouveau les fragments et un appareil inamovible, appliqué pour les contenir et les immobiliser, fut gardé pendant deux mois. Au bout de ce temps on le leva, mais, au grand chagrin du malade, la fracture ne s'était pas consolidée. Ce fut alors que Dupêché, ennuyé de son séjour à l'hôpital et désespéré de l'insuccès du traitement, voulut sortir de la Pitié, et qu'il se fit transporter au logement de ses parents et de ses camarades ; ce fut aussi à cette époque, 4 mai, que je le vis pour la première fois. Je constatai chez lui une mobilité évidente des deux bouts de l'os fracturé ; le membre était raccourci de 2 pouces 1/2 environ (0,068 millim.) et le pied était un peu tourné en dehors ; le genou était gonflé et à peu près inflexible ; du reste la cuisse n'offrait aucune trace d'érysipèle ou de scorbut local et la constitution du malade n'était entachée d'aucune des diathèses qu'on range au nombre des causes générales de la non-consolidation des fractures.

Comme il n'y avait que quatre mois que l'accident était arrivé, je ne pus renoncer à l'espoir d'amener la consolidation de ce fémur et je pensais que peut-être je pourrais obtenir cet heureux résultat en opérant une coaptation aussi exacte que possible des fragments en même temps que je placerais le membre dans une immobilité parfaite. Si déjà dans ce cas un premier appareil inamovible avait échoué, c'est que sans doute on n'avait pas suffisamment surveillé le membre pendant la solidification des pièces dextrinées et que le chevauchement des fragments s'était effectué entre l'application de l'appareil et sa dessiccation. Je disposai en conséquence la couchette sur laquelle le blessé reposait, de manière à atteindre le but que je me proposais : je fis donc pratiquer sur elle un trou aux deux montants qui répondaient l'un à la tête et l'autre aux pieds du blessé, et par le premier de ces trous je fis passer les extrémités d'une alèse dont le

milieu, appliqué sur la tubérosité de l'ischion et sur l'aine de la cuisse fracturée, servait de lacs contre-extenseur et dont les deux bouts furent fixés sur un bâton placé en travers derrière le lit; d'autre part je fis confectionner sous mes yeux une guêtre de coutil, lacée sur un côté et dont le sous-pied se continuait avec une corde que je passai dans le trou de l'autre montant du lit, et au bout de laquelle était attaché un panier que je fis remplir de corps pesants de manière à former à l'extrémité du membre une extension continue. Les choses étant ainsi disposées, et certain d'obtenir par elles une réduction à peu près exacte de la fracture, j'affrontai les fragments de celle-ci et je les frottai l'un contre l'autre assez fortement pour arracher des cris au malade, puis, aidé de plusieurs personnes, j'appliquai sur tout le membre un bandage dextriné; j'eus soin de serrer un peu celui-ci au niveau du point fracturé afin de rapprocher les deux fragments l'un de l'autre, et je lui donnai partout une certaine épaisseur par l'addition de quelques bandes de carton et de feuilles de papier, après quoi j'abandonnai le fémur fracturé à l'action des puissances extensives et contre-extensives, recommandant au blessé de se mouvoir le moins possible jusqu'à l'entière solidification de son appareil. Je revins le voir au bout de quelques jours; ayant alors trouvé le bandage sec, et le membre dans sa direction normale, aussi long que celui du côté opposé, je me bornai à prescrire le repos et un bon régime. Après deux mois d'attente je levai cet appareil, et malgré les soins que j'avais mis à le faire, malgré la docilité du malade, je trouvai contre toute probabilité que, pendant ce laps de temps, aucun travail de cicatrisation ne s'était opéré entre les fragments.

Prévoyant dès lors qu'une opération chirurgicale deviendrait nécessaire pour amener la consolidation de cette fracture, je proposai au malade de l'admettre dans mon service à l'hôpital

Necker; il y consentit, et il entra le 21 juillet. Je le laissai pendant quelques jours s'acclimater à l'air des salles et je réfléchis aux moyens que je mettrais en usage pour le guérir. J'avais déjà employé le frottement des fragments, il me restait à choisir entre la résection, la ligature et le séton. Mais la résection de l'un ou des deux fragments, imaginée par Withe, me parut une opération extrême à laquelle on ne doit recourir que quand les deux bouts d'os qui constituent la fausse articulation sont recouverts d'une couche cartilagineuse revêtue d'une membrane synoviale, et que ces bouts sont devenus compactes, arrondis et clos à leur extrémité comme après une amputation. Elle me paraissait d'ailleurs peu applicable à ce cas de fracture très oblique, où, pour donner aux fragments une conformation favorable à une bonne coaptation, il eût fallu sacrifier une grande portion d'os et par conséquent produire un raccourcissement notable du membre. D'autre part, la ligature faite avec un fil métallique, quoique exécutée avec succès en 1828 par M. Sommé, d'Anvers, était à mes yeux un moyen exceptionnel qui ne convient que dans le cas où il existe entre les deux fragments un espace assez large pour n'offrir aucun obstacle au trajet du fil à travers la fausse articulation, condition qu'il m'était impossible d'apprécier dans le cas présent, préalablement à une tentative d'opération. Le séton, enfin, préconisé par Percy et par Physic, et dont le but est d'enflammer la membrane séreuse de formation nouvelle qui revêt les deux extrémités de l'os brisé, restait donc la seule opération indiquée dans le cas que j'avais à traiter. Mais je connaissais la gravité de ses suites, et d'autre part je doutais qu'une seule mèche suffît pour aviver une surface aussi grande que celle par laquelle les fragments de cette fracture se correspondaient. Je songeai alors à un moyen dont l'action, semblable à celle du séton, peut être disséminée sur une certaine étendue de surface, et pour ainsi dire dosée dans son application par la

possibilité qu'on a d'augmenter ou de diminuer, selon les indications, le nombre des agents qu'on emploie pour la produire. Je venais de relire quelques jours auparavant, dans un journal, l'observation d'une fracture non consolidée de l'avant-bras, guérie par l'acupuncture : ce fut ce mode de traitement que je choisis comme moins dangereux que le séton dans ses suites et comme plus approprié que lui à la disposition des parties, telle que je me la représentais. Je savais que M. Malgaigne, en 1837, avait eu l'idée d'employer ce moyen chez un de ses malades, mais qu'il n'avait pu réussir à introduire ses aiguilles entre les fragments. Je savais, en outre, que M. Wiessel avait obtenu par lui en 1844 la consolidation des deux os de l'avant-bras dans une fracture datant de neuf semaines. Prévenu par le premier de ces faits de la difficulté de mon entreprise, mais rassuré par le second sur le résultat que j'en obtiendrais si je la menais à bonne fin, je tentai d'appliquer l'acupuncture au cas que j'avais sous les yeux, et je me mis en devoir d'entourer mon malade de tous les moyens propres à favoriser l'opération. Après quelques jours de repos, je le fis placer sur un lit de Daujon, afin qu'il conservât une immobilité parfaite, même lorsqu'il satisferait ses besoins naturels ; puis je fis construire un appareil à extension par un charpentier ami du blessé. Cet appareil était une sorte de boîte longue ou gouttière, ayant à peu près la forme du membre inférieur, plus large par conséquent en haut qu'en bas, mais plus longue que lui. Sa profondeur était d'environ 3 pouces (81 millim.) ; il était formé par trois planches de bois léger intimement unies entre elles. De ces trois planches, l'externe s'élevait de 8 pouces (217 millim.) au-dessus des deux autres et portait une mortaise à sa partie supérieure; les deux autres s'arrêtaient à la racine du membre. A l'extrémité inférieure de cette boîte était adaptée une espèce de treuil muni d'une roue dentée sur laquelle s'abaissait un cliquet destiné à

la fixer. Cet appareil, ayant été matelassé de coton cardé, reçut le membre dont le bas était encore revêtu de la guêtre de coutil et dont tout le reste était à nu. A l'aide du sous-pied que j'enroulai autour du treuil, j'exerçai l'extension tandis que la contre-extension était faite par un lacs bien rembourré dont le milieu passait sous l'ischion et dont les extrémités venaient se fixer dans la mortaise de la paroi externe de l'appareil.

Pendant plusieurs jours je me bornai à resserrer les liens extenseurs au fur et à mesure qu'ils se relâchaient, et quand je fus bien assuré que le blessé pourrait aisément supporter l'action de l'appareil pendant le reste du traitement, je commençai à introduire les aiguilles entre les fragments de la fracture. Ce fut le 12 août (par conséquent sept mois et quelques jours après l'accident) que je plaçai les quatre premières ; ces aiguilles avaient 4 pouces (108 millim.) de longueur et étaient surmontées d'une tête. J'en dirigeai la pointe le long de la face interne du fragment supérieur, et remontant de l'extrémité à la base de ce fragment, je ne mis qu'un demi-pouce (14 millim.) d'intervalle entre chacune d'elles. Contre mon attente, quoique je les eusse enfoncées jusqu'à la tête, je ne rencontrai aucun obstacle dans cette introduction. Cela tenait sans aucun doute à ce qu'il existait un certain intervalle entre les deux fragments ; l'extension opérée par l'appareil n'ayant eu d'autre effet que de réduire la fracture suivant la longueur du membre et non suivant son épaisseur. Cet écartement des fragments est une condition favorable à l'opération, et je crois qu'on doit toujours le produire quand il n'existe pas : quant à moi, je me gardai bien de combattre en ce moment celui que je rencontrai. Les quatre aiguilles restèrent en place pendant six jours ; leur présence au milieu des tissus détermina d'abord de la rougeur à la peau, puis la production d'un peu de pus qui se montra autour des aiguilles et qui les rendit mobiles, enfin un léger gonflement et

de la douleur dans l'épaisseur du membre. Tout cela m'indiqua que l'inflammation s'était développée et qu'il était temps d'enlever les corps étrangers qui la produisaient; je retirai donc mes quatre aiguilles, et, après les avoir nettoyées, je les replaçai au-dessus des premières piqûres en suivant toujours la direction du fragment supérieur et en laissant entre elles le même intervalle qu'entre les précédentes. Cette seconde opération présenta les mêmes phénomènes que la première ; au bout de cinq jours, les aiguilles étant devenues mobiles, je les enlevai ; et, cette fois, jugeant que le travail inflammatoire développé entre les fragments était suffisamment étendu pour produire la cicatrice, je m'abstins de toute nouvelle tentative. Je combattis par des cataplasmes, par la diète et les boissons rafraîchissantes, le gonflement inflammatoire du membre, et quand, à l'aide de ces moyens, je m'en fus rendu maître, je rapprochai davantage l'une contre l'autre les deux surfaces de mes fragments, et à cet effet je me servis de plusieurs petites attelles que je plaçai autour de la cuisse et que je serrai à l'aide de deux courroies de cuir : cette pratique, que je sus depuis avoir été déjà employée par Amesbury, remplit parfaitement le but que je me proposais.

En résumé, par la réunion de tous ces moyens, j'avais obtenu la réduction aussi exacte que possible des fragments, j'avais excité une inflammation légère de la membrane qui les recouvrait, j'avais assuré l'immobilité du membre, et enfin j'avais laissé celui-ci à découvert dans la plus grande partie de son étendue, dernière condition non moins importante que les autres au développement du cal.

Je visitai chaque jour l'appareil, et quand besoin était je tendais les liens extenseurs au moyen du treuil, ou bien je serrais les courroies qui passaient sur les petites attelles. Au bout de vingt-trois jours, je voulus savoir où en était le travail de consolidation. Je débarrassai le membre des pièces d'appareil et je

constatai que celui-ci, abandonné à lui-même, ne se déviait ni ne se raccourcissait; mais ma main passée sous le point fracturé sentit qu'il cédait. Les attelles immédiates furent réappliquées, le membre fut remis dans sa gouttière et l'extension continuée. Ce ne fut que trente-cinq jours après que je me livrai à un nouvel examen, et alors, à ma grande satisfaction, je trouvai assez de solidité au cal pour débarrasser la cuisse de toute pièce d'appareil. Mesuré avec soin, le membre entier n'offrait que 2 centimètres de moins que celui du côté opposé; l'articulation du genou était raide, mais la rotule était encore un peu mobile en travers; la cuisse et la partie supérieure de la jambe étaient le siége d'un gonflement œdémateux très marqué; mais du reste il n'y avait pas de difformité apparente au niveau de la fracture, et le cal n'était pas très volumineux; enfin l'articulation coxo-fémorale était mobile et le blessé pouvait soulever son membre par la seule action musculaire. Pour plus de sûreté je lui recommandai de garder encore le lit, et, pendant quinze jours qu'il y resta, je combattis le gonflement œdémateux de la jambe par des fomentations de vin aromatique et par la compression exercée au moyen d'un bandage roulé. Au bout de ce temps il se leva et marcha d'abord avec des béquilles et plus tard avec un seul bâton : enfin il sortit de l'hôpital dans les premiers jours de février 1846, et j'ai su depuis qu'étant retourné dans son pays (l'Auvergne), il avait, pendant tout l'automne suivant, conduit une charrue, et que maintenant il se livrait sans difficulté aux travaux des champs.

Je ferai peu de remarques sur l'observation que je viens de lire, mais à son occasion j'en présenterai quelques unes sur la non-consolidation des fractures, sur les fausses articulations qui en résultent et le traitement qu'elles réclament.

Je ne sais rien de plus difficile en pratique que de séparer nettement ce qu'on doit appeler fracture non consolidée et

fausse articulation par défaut de cal; sans doute que l'une est souvent la conséquence de l'autre, mais où s'arrête la fracture non consolidée, où commence la fausse articulation? Telle est la question, et cette question est importante à résoudre, car le traitement qui convient à une consolidation seulement retardée n'est pas celui qui convient à une articulation anormale complétement organisée. La plupart des auteurs qui ont écrit sur ce sujet disent qu'il n'existe réellement de fausse articulation que quand tout espoir d'obtenir la consolidation d'une fracture est perdu; comme si les fractures guérissaient toutes dans un laps de temps donné, toujours le même chez tous les sujets et dans toutes les conditions physiologiques et morbides dans lesquelles ils peuvent se trouver. N'a-t-on pas vu souvent des blessés dans la force de l'âge et d'ailleurs sains, attendre cinq et six mois la consolidation de leurs fractures? Boyer, Sanson et M. Bonnet de Lyon, ont cité des observations de ce genre, et il n'est pas de chirurgien ayant une pratique un peu étendue qui n'ait eu occasion de voir quelques cas semblables. Alors souvent il a suffi d'une simple modification d'appareil, de plus de docilité de la part du malade, ou de plus de soins de la part du chirurgien pour obtenir un meilleur résultat. Les observateurs cités plus haut témoignent encore de la réalité de ce fait.

Pour moi, je crois que c'est moins dans la longueur du temps qui s'est écoulé depuis le moment de la fracture que dans la disposition actuelle des fragments de celle-ci qu'il faut chercher la différence qui existe entre la consolidation retardée et la fausse articulation : ici, comme dans plusieurs autres questions de chirurgie, les enseignements fournis par l'anatomie pathologique sont de la plus grande importance et seuls peuvent servir de base à une solution vraiment pratique. Voyons donc ce que nous apprend l'anatomie pathologique sur la double question

des fractures non consolidées par défaut de col, et des fausses articulations qui leur succèdent.

Les observations recueillies sur l'homme malade et les expériences faites sur les animaux vivants s'accordent à montrer l'existence de plusieurs formes distinctes de fausses articulations, suites de fractures des membres. Dans une première les deux fragments de l'osbrisé, plus ou moins écartés l'un de l'autre, sont réunis par une bandelette aplatie ou par un ruban arrondi de tissu fibreux et c'est au moyen de la laxité dont ce tissu est pourvu que les deux bouts de l'os se meuvent l'un sur l'autre. Cette forme de fausse articulation se rencontre principalement dans les cas où, par suite de la contraction de muscles antagonistes, les fragments se trouvent à distance l'un de l'autre, comme cela a lieu dans beaucoup de fractures transversales de la rotule, de l'olécrâne ou du calcanéum, ou comme cela a lieu encore dans certaines fractures de la diaphyse des os longs compliquées de pertes de substances, de suppuration et de nécrose.

Dans cette forme de fausse articulation que Breschet appelle *pseudarthrose de continuité* et que plusieurs chirurgiens regardaient, il n'y a pas encore longtemps, comme la seule qu'on pût rencontrer à la suite de fractures des membres, on trouve les bouts de l'os fracturé plus ou moins arrondis et comme embrassés par l'insertion des deux extrémités du cordon ligamenteux qui les réunit. Il n'existe ordinairement pas de cartilage sur leurs surfaces d'insertion ; toutefois, dans les premiers temps de la formation de cette substance ligamenteuse intermédiaire, on voit que celle-ci participe de la nature des cartilages et qu'en certains endroits de sa longueur le tissu ligamenteux et le tissu cartilagineux se fondent l'un dans l'autre. — Dans une deuxième forme de fausse articulation que l'auteur que j'ai cité plus haut nomme *pseudarthrose de contiguïté* par opposition à la première, on trouve toujours, si l'accident qui l'a produite est ancien, les

bouts de l'os fracturé plus ou moins rapprochés l'un de l'autre, mais offrant les surfaces par lesquelles ils se correspondent encroûtées de cartilages diarthrodiaux revêtus d'une synoviale anormale, et autour de ces os il existe un appareil ligamenteux qui simule plus ou moins bien une capsule fibreuse. Ce genre de pseudarthrose arrivé à un pareil état de perfection a été rencontré et décrit par plusieurs auteurs. J'en ai moi-même observé un cas sur l'avant-bras d'une femme morte à la Salpêtrière, et je me rappelle même que cette fausse articulation renfermait plusieurs petits corps cartilagineux libres dans la cavité de la synoviale accidentelle qui la tapissait. Ce sont des cas de ce genre qui sont rapportés par Fabrice de Hilden dans ses *Centuries*, par Sylvestre dans les *Nouvelles de la république des lettres pour* 1685, et par M. Cruveilhier dans son *Anatomie pathologique*. C'est aussi très fréquemment par une pareille fausse articulation qu'on voit les fractures intra-capsulaires du col du fémur se terminer; et ce qu'il y a de remarquable dans ce cas particulier, c'est que l'union anormale des fragments est quelquefois assez serrée pour que les deux surfaces articulaires de formation nouvelle frottant l'une contre l'autre et devenues par ce fait lisses, polies et éburnées ne gênent que médiocrement les mouvements du membre fracturé. J'ajouterai qu'au dire des expérimentateurs on produit assez facilement ce genre de pseudarthrose sur les animaux vivants. On lit en effet dans le mémoire sur le cal que Breschet et M. Villermé ont publié en commun que sur neuf fausses articulations non compliquées de fistule et de nécrose qu'ils ont examinées dans leurs expériences, six appartenaient à ce dernier genre.

Dans une troisième forme de pseudarthrose on trouve que les fragments de la fracture sont dépourvus de tous moyens d'union et que leurs extrémités amincies et mobiles sont placées à une certaine distance l'une de l'autre. Earle a observé sur une femme

morte d'une affection étrangère à une fracture de l'humérus qu'elle portait, et qui n'était pas consolidée quoiqu'elle existât déjà depuis plusieurs mois, que la non-consolidation tenait à ce que l'extrémité fort aiguë du fragment inférieur s'était logée dans l'épaisseur du muscle biceps et n'avait pu en être dégagée par les tentatives de réduction. Il existe encore quelques autres exemples de ce genre où des muscles étaient interposés entre les fragments d'une fracture; mais celui que je viens de citer suffit pour en établir l existence.

Enfin, M. Noris, qui a publié sur le sujet qui nous occupe un mémoire remarquable, admet une quatrième espèce de fausse articulation à la suite des fractures: dans celle-ci les extrémités osseuses sont unies et entourées d'une masse cartilagineuse, mais les mouvements sont possibles entre elles. Je n'admets pas cette dernière espèce, et le chirurgien américain qui l'a décrite me paraît avoir pris ici pour une pseudarthrose bien organisée, un état qui appartient à une certaine période de la formation d'un cal normal, état qui n'a qu'une existence temporaire et qui ne pourrait être regardé comme pathologique que s'il était démontré qu'un cal provisoire peut quelquefois persister indéfiniment.

Examinons maintenant le mode de développement de ces articulations anormales : c'est un point qu'il importe de bien connaître avant d'aborder la question que nous nous sommes posée en commençant ces réflexions. — Des quatre espèces de pseudarthroses dont nous venons d'indiquer sommairement les caractères, les deux premières nous occuperont seules, puisque la troisième n'offre, à proprement parler, aucun moyen d'articulation et que la quatrième ne nous paraît pas admissible. Or dans les pseudarthroses de *continuité*, quand les fragments osseux sont éloignés l'un de l'autre, le tissu fibreux qui les réunira plus tard à distance résulte, dans le principe de son développement,

de l'épanchement de la substance plastique que fournissent les deux bouts de l'os fracturé dans les premiers temps de toute formation de cal, mais dans laquelle ici la matière solide ne se déposera pas. Cet épanchement se fait dans la gaîne cellulaire qui est placée entre les fragments de la fracture et qui résulte de leur écartement. Ce qui prouve que ce sont bien les fragments osseux qui fournissent cette substance, c'est que pour peu que le cordon fibreux intermédiaire soit long, il offre toujours plus d'épaisseur à ses deux extrémités adhérentes aux os qu'à son milieu; là, en effet, existe un rétrécissement qui indique la formation en sens inverse des deux portions qui le composent. — Dans les pseudarthroses de *contiguïté* au contraire, la matière gélatineuse fibro-plastique que doit fournir l'os fracturé, lorsque la réaction inflammatoire qui dans les premiers jours s'empare de tout le foyer de la fracture est à son déclin, ou bien n'est pas fournie par les vaisseaux rompus du périoste et de la surface libre des fragments, parce que les éléments qui la composent ne se trouvent pas dans le sang, ainsi que cela a lieu dans diverses diathèses; ou bien cette matière, après avoir été exsudée entre les fragments et autour d'eux et avoir formé la base d'un cal normal, perd sa consistance, se liquéfie et finalement devient impropre à la consolidation de l'os, comme cela s'observe dans le cours de certaines fièvres graves. Ou bien encore, cette matière, quoique sécrétée en quantité suffisante et quoique douée des qualités solidifiantes nécessaires à la formation du cal, se trouve désagrégée aussitôt que formée et continuellement dissoute par les extrémités des fragments eux-mêmes, ainsi que cela s'observe lorsque des mouvements intempestifs ou incessants sont imprimés à un membre fracturé. Or, dans tous ces cas, si les conditions énoncées plus haut ne changent pas, il se forme toujours après un temps plus ou moins long, autour des bouts de l'os fracturé, une fausse articulation dont la matière

organisable épanchée pour la formation du cal, mais alors altérée dans ses qualités, fournit probablement les matériaux. Ainsi quand les extrémités des fragments se touchent, on voit sur le point de leur surface par lequel ce contact a lieu, se développer lentement une membrane analogue aux synoviales, si elle n'est une synoviale elle-même et cela en vertu de cette loi de physiologie pathologique qui veut que là où il y a frottement de deux parties vivantes l'une contre l'autre, là aussi se développe une membrane et se produise un liquide qui facilite ces mouvements. De plus, autour de cette synoviale et aux dépens du périoste et des parties fibreuses et musculaires qui s'insèrent sur le bout des fragments osseux et qui sont plus ou moins infiltrées de cette même matière, il se forme une sorte de capsule d'un tissu blanc plus ou moins résistant et qui prend à la longue l'aspect des vrais ligaments articulaires.

Tel est le mécanisme de la formation de cette espèce de pseudarthrose.

Malheureusement pour le diagnostic, ces derniers phénomènes sont seuls propres aux fausses articulations anciennes et complétement organisées ; ceux au contraire qui en caractérisent la première période sont les mêmes, dans le cas où il s'agit de pseudarthrose et dans celui où il ne s'agit que d'une consolidation simplement retardée. La seule différence que l'on puisse noter dans ces deux états d'une même altération, c'est que dans le premier les causes qui produisent la dissolution de la matière formatrice du cal ont sur elle une action constante et prolongée ; tandis que dans le second elles n'ont qu'une action passagère et momentanée. Citons pour exemples quelques unes de ces causes qui parmi celles qu'on nomme *générales*, s'observent le plus souvent : qu'un homme affecté de fracture soit soumis à une nourriture de mauvaise qualité ou insuffisante, ou bien que sa constitution soit entachée de syphilis ou de scorbut, conditions

généralement réputées défavorables à la consolidation du cal, mais qui sont de nature à être avantageusement combattues par un régime ou par un traitement approprié. Eh bien, dans ces cas le travail de solidification de l'os fracturé restera suspendu, ou à peu près nul pendant tout le temps que les causes indiquées agiront sur la constitution du blessé, et il ne reprendra son cours normal que lorsque le sang, modifié par le régime ou par le traitement mis en usage, pourra fournir les matériaux de la matière solidifiante. Il en sera de même dans les cas où ce seront des causes dites *locales* qui produiront la détérioration de cette matière : ainsi, que les fragments d'une fracture soient mal réduits, qu'ils chevauchent l'un sur l'autre outre mesure, ou que des mouvements incessants leur soient imprimés, ou bien encore que le membre cassé soit trop serré dans son appareil contentif, alors aussi la consolidation ne se fera que quand tous ces obstacles auront été enlevés.

Il résulte de là qu'à part les cas où l'absence de cal tient à une mauvaise disposition des fragments comme celle où leurs extrémités pointues sont fichées dans l'épaisseur des muscles et fort distantes l'une de l'autre et comme celles où les extrémités sont le siége de carie, de névrose, de cancer ou de kystes, cas dans lesquels l'établissement d'une fausse articulation est forcé; à part ces cas, dis-je, les causes générales et locales qui produisent les pseudarthroses sont les mêmes que celles qui produisent la consolidation seulement retardée des fractures, et il est impossible, en pratique, de préciser l'époque à laquelle ces causes devront nécessairement produire l'un ou l'autre de ces deux états.

Or, et c'est par là que je rattacherai ces réflexions au sujet de mon observation, si ces deux propositions sont vraies, et si d'autre part il est de bonne chirurgie de subordonner la gravité des opérations qu'on emploie à la gravité de la lésion que l'on

a à traiter par elles, n'est-il pas indiqué dans presque tous les cas de fractures non consolidées des membres, d'agir comme si l'on n'avait affaire qu'à une consolidation retardée, et de n'employer d'abord que des moyens inoffensifs qui, comme l'acupuncture, par exemple, remplissent toute l'indication sans exposer les malades à de graves accidents. Cette légère opération, toutefois, sera insuffisante et par conséquent contre-indiquée dans les cas de maladies de l'extrémité des fragments et dans celui où la fausse articulation résulte de l'interposition entre les fragments d'un cordon fibreux plus ou moins épais. Dans ces cas, en effet, la résection des bouts de l'os fracturé peut seule mettre celui-ci dans des conditions favorables à sa consolidation. Mais dans tous les autres cas où le séton est indiqué, l'acupuncture peut, à mon avis, lui être substitué avec avantage, car tout en agissant de la même manière que lui, elle peut être appliquée d'une façon graduelle, et comme je l'ai déjà dit, être presque dosée dans son application, d'après les indications qui sont à remplir et les effets qui sont produits, double condition favorable au succès que ne présente pas le séton qui, peut-être à cause de cela, compte encore aujourd'hui tant de revers.

TUMEUR FIBREUSE DE LA MAMELLE.

OBSERVATION LUE A LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE,

DANS SA SÉANCE DU 7 MARS 1849,

Par M. H. LARREY,

Chirurgien major, professeur au Val-de-Grâce, agrégé de la Faculté de médecine.

J'ai eu l'honneur de présenter à l'Académie nationale de médecine, dans sa séance du 21 septembre dernier, un fait chirurgical et anatomo-pathologique, dont l'observation, soumise à l'examen d'une commission, me semble pouvoir être communiquée à la Société de chirurgie.

Il s'agit d'une tumeur mammaire, dont les signes, le développement et surtout les caractères, tant anatomiques que microscopiques, représentent les conditions assignées aux tumeurs fibreuses du sein.

La mémorable discussion qui a été soulevée sur ce sujet à l'Académie de médecine en 1844, m'a fait penser que la Société de chirurgie accueillerait avec intérêt un fait propre à éclairer quelques points obscurs de la question, puisque le principal argument qui avait manqué jusqu'ici à la démonstration de ces tumeurs fibreuses, à savoir l'anatomie pathologique, complète cette observation.

Mademoiselle J. M*** (de Péronne), institutrice, est âgée de quarante et quelques années; elle est d'un tempérament nervoso-sanguin, d'une constitution assez bonne, sans embonpoint; elle n'a été atteinte d'aucune maladie notable depuis son enfance, et se trouve issue de parents sains, sans nulle origine d'affection cancéreuse. La menstruation, régulière dès le début, quoique toujours peu abondante, n'a pas été troublée, mais elle

a exercé plus tard une influence sensible sur l'affection locale. Ajoutons aux antécédents, que cette demoiselle a suivi un régime de vie d'une continence et d'une sobriété absolues; son état moral, enfin, est sérieux par divers chagrins qu'elle a éprouvés, et par l'inquiétude prolongée que devait lui causer son état physique.

En 1833, mademoiselle M*** reçoit un coup dans le sein droit par le battant d'une porte : la douleur qu'elle en ressent est assez vive, mais n'est accompagnée d'aucun effet primitif, si ce n'est d'une légère ecchymose qui disparaît vite. Une nouvelle contusion dans le même endroit, survenue quelques jours après, est suivie d'une douleur plus forte que la première et d'un peu de gonflement. Mademoiselle M***, sans s'inquiéter de cet accident, et ainsi qu'il arrive en pareil cas à la plupart des femmes, ne consulte point de médecin.

Quelques mois après, un engorgement glanduleux, du volume d'une noisette, se déclare dans le point contus, en dehors du mamelon; mais mademoiselle M*** n'en dit rien encore, espérant que cette grosseur disparaîtra. Il ne devait pas en être ainsi; la glande, au contraire, se développe davantage et parvient peu à peu au volume d'un œuf de poule, en offrant pour caractère notable une augmentation périodique et pour ainsi dire intermittente, plutôt que continue, en rapport exact avec l'approche des époques menstruelles. La malade avait enfin pris conseil de son oncle, le docteur Midy (de Péronne), qui reconnaît un engorgement glanduleux du sein, et essaie d'en obtenir la résolution, à l'aide des topiques émollients, des pommades fondantes et de quelques dérivatifs. Le mal semble s'arrêter en effet et ne faire plus de progrès, mais il reste longtemps stationnaire, sans donner lieu à des douleurs vives, encore moins à des douleurs lancinantes, signe négatif que nous croyons devoir noter dès à présent. C'est d'ailleurs à chacune des époques

seulement que les douleurs se font sentir, alors, comme nous l'avons indiqué, que l'engorgement du sein augmente aussi, pour diminuer aussitôt après les règles.

Ces alternatives d'augmentation et de diminution de la tumeur constituent un caractère que nous croyons essentiel de signaler, d'après la remarque faite par la malade pendant plusieurs années; elle a reconnu même que le volume et la consistance de la glande sont d'autant plus prononcés, et les douleurs plus fortes, que la perte de sang est plus faible quelquefois.

Ainsi, rien de fixe, rien de continu dans les symptômes locaux, mais une corrélation exacte entre eux et les phénomènes de la menstruation; c'est là un premier point à établir.

Un second point qu'il est nécessaire de faire observer, c'est que pendant la longue durée de l'affection locale, il ne survient dans l'état général aucun trouble fonctionnel, aucune modification pathologique de quelque importance, rien, en un mot, qui implique l'idée d'une diathèse quelconque. Les conditions de la maladie du sein restent telles, à très peu de variations près, pendant une douzaine d'années. Les premiers moyens employés sont des palliatifs qui ne méritent pas d'être mentionnés.

Cependant mademoiselle M*** finit par s'inquiéter d'un mal, qui, sans la faire souffrir d'une manière sensible, est parvenu à un degré de développement plus prononcé; elle se décide à venir à Paris, pour consulter un médecin. Celui auquel elle s'adresse, et que nous ne croyons pas devoir nommer, lui prescrit un traitement des plus irritants, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur. Sous l'influence des médications dont les ordonnances n'ont pas été conservées, la maladie du sein s'aggrave au lieu de s'améliorer; des rougeurs érysipélateuses et des excoriations douloureuses compliquent l'engorgement qui augmente de plus

en plus, et au lieu d'une seule tumeur, plusieurs semblent exister et constituent des bosselures saillantes et dures à la pression.

L'influence du moral inquiet réagit alors sur l'ensemble de l'économie, en déterminant de l'insomnie, de l'inappétence, de la constipation et parfois de la fièvre.

La malade, lassée des remèdes, renonce pendant longtemps à toute espèce de traitement; mais enfin, voyant son mal s'aggraver, elle se décide à un nouveau voyage à Paris, en 1843, et vient me consulter d'après le conseil d'une dame de ses amies à laquelle mon père avait fait l'ablation d'une tumeur du sein, trente ans environ avant cette époque.

Un examen attentif me fournit les renseignements antérieurs que je viens de résumer et me permet de constater l'état de l'engorgement mammaire, tel que je vais essayer de le décrire.

Et d'abord, à première vue, le sein droit présente un développement plus considérable que le gauche, sans déformation et sans altération des téguments; sa forme est par conséquent sphéroïde, et sa surface, assez lisse, ne présente ni rougeur, ni gerçures ou érosions, ni veinosités; mais, au simple toucher, le doigt perçoit, vers la face externe et supérieure de la glande mammaire, une tumeur de consistance ferme, résistante, assez mobile sous la peau, quoique implantée d'une manière plus adhérente à la base de la mamelle. Son volume égale au moins celui d'un œuf de poule et sa surface paraît lobuleuse et mamelonnée; la pression, exercée en différents sens, détermine quelques douleurs et une sorte de déplacement de la masse morbide.

Il n'existe d'ailleurs aucune complication et point d'engorgement des ganglions lymphatiques de l'aisselle. Le sein gauche, très peu développé, reste intact, et la matrice, non plus, ne paraît être le siége d'aucune lésion organique, malgré un écoulement leucorrhéique auquel la malade est quelquefois sujette,

mais qui remonte à une époque antérieure à l'origine de la tumeur mammaire. L'état général de la santé est satisfaisant et n'offre pas le moindre des caractères assignés à la diathèse cancéreuse, ni teinte jaunâtre de la peau, ni troubles fonctionnels, ni douleurs vagues, ni même douleurs locales lancinantes, quoiqu'à chacune des époques menstruelles, comme nous l'avons indiqué déjà, le sein malade devienne beaucoup plus sensible et plus engorgé. Mais un fait qui a aussi frappé mon attention, c'est que le sein gauche, dans son état d'intégrité, participe d'une manière sympathique et proportionnelle à l'engorgement périodique du sein malade.

Quel est le diagnostic à porter ici? S'agit-il d'une tumeur maligne ou d'une tumeur bénigne de la mamelle? Est-ce un cancer ou plutôt un squirrhe que toute autre dégénérescence, ou n'y a-t-il là qu'une mammite chronique, une hypertrophie avec induration, par exemple? Cette question difficile m'embarrasse d'autant plus, que mon expérience personnelle ne saurait suffire à la résoudre et que la malade se refuse à l'offre d'une consultation. Un nouvel examen de la tumeur et une appréciation plus exacte des antécédents ainsi que des conditions dans lesquelles se trouve mademoiselle M***, me portent enfin à croire que j'ai affaire à un engorgement chronique de la mamelle, dont la cause externe a été l'origine, et qui, parvenu peut-être à un état d'induration fibrineuse, si ce n'est fibreuse, semble se modifier exclusivement sous l'influence des menstrues, sans offrir l'apparence d'une dégénération squirrheuse.

Le pronostic qu'il m'est permis d'établir, d'après ces considérations, et sauf, bien entendu, toutes réserves ultérieures, c'est que cette tumeur mammaire est susceptible de guérir, de ne pas s'aggraver au moins d'une manière prompte, ou bien de rester stationnaire, ou bien de diminuer et de se résoudre, ou, en définitive, de dégénérer et de nécessiter dès lors l'extirpation.

La malade, d'ailleurs, ne veut pas entendre parler d'opération.

En conséquence, la thérapeutique me paraît devoir être basée sur l'indication même que présente la sympathie de l'engorgement mammaire avec la fonction menstruelle, alors surtout que l'écoulement des règles ne se fait ni aussi bien ni aussi abondamment que de coutume. Des applications de sangsues aux cuisses périodiquement, et accidentellement ou de nécessité, à la base de la mamelle ; des topiques émollients après l'application des sangsues; des frictions résolutives avec la pommade d'hydriodate de potasse, dans les intervalles des émissions sanguines; l'emploi de l'iode à l'intérieur, sous forme d'iodure de potassium uni au sirop sudorifique; plus tard, une compression légère et la sustentation du sein, secondée par l'action d'une douce chaleur locale; quelques purgatifs légers, un régime alimentaire de facile digestion; des bains simples, un exercice habituel, mais modéré, surtout dans les mouvements du bras correspondant, tous les soins hygiéniques enfin, selon l'indication, tel est l'ensemble des moyens de traitement que je crois utile de prescrire à mademoiselle M***.

Elle s'empresse de s'y soumettre, dès qu'elle est rentrée dans son pays, et en moins de quelques semaines, elle éprouve une telle amélioration dans son état, qu'elle ne ressent presque plus de douleurs dans le sein à l'époque de ses règles, et il lui semble que l'engorgement diminue peu à peu.

Cette amélioration se soutient pendant plusieurs mois; mais la malade se lasse des préoccupations que lui imposent les soins à prendre, elle les néglige et finit par les abandonner, pour reprendre ses fonctions d'institutrice.

Une période de dix-huit mois à deux ans se passe, sans offrir d'autre circonstance notable que le retour des douleurs périodiques avec engorgement variable, au point de paraître diminuer ou augmenter alternativement aussi sous l'influence des change-

ments de température et de saison. C'est surtout en 1846 que mademoiselle M*** remarque ce phénomène, dont elle me garantit la certitude. Pour elle, ses inquiétudes renaissant bientôt par un développement plus considérable et plus persistant de la tumeur, elle comprend qu'il y a autre chose à faire qu'un traitement médical et qu'une opération de chirurgie deviendra nécessaire.

Dans l'automne de 1847, la malade revient à Paris, bien décidée, cette fois, à me laisser agir s'il le faut. La mamelle a en effet acquis un gonflement considérable; la tumeur, toujours assez mobile et bien isolée des téguments, a dépassé le volume du poing, elle est très dure à la pression; sa surface paraît bosselée et multilobée, et sa base semble s'isoler de la région qu'elle occupe, par des pressions latérales ou par de légères tractions de soulèvement direct.

Cependant mademoiselle M*** souffre peu, et l'approche de l'hiver, comme elle en a fait l'expérience depuis plusieurs années déjà, lui assure un mieux sensible; son mal est d'ailleurs exempt de toute complication, et ne réclame pas une opération d'urgence, d'autant que la saison est avancée, le froid humide et la constitution médicale prédisposante aux érysipèles.

Je crois devoir soumettre ces considérations à la malade, qui les apprécie bien et se décide à réserver ses bonnes dispositions pour une époque favorable de l'année suivante. Cette époque arrive, mais une extrême appréhension des événements révolutionnaires retient mademoiselle M*** dans sa famille jusqu'à la fin du mois d'août 1848, et à son arrivée à Paris, une indispotion passagère nous oblige à temporiser pendant quelques jours encore.

Nous touchons ainsi à la quinzième année de cette maladie du sein. Une dernière exploration suffira pour en reproduire et en compléter les principaux caractères.

La mamelle est parvenue à un degré de développement considérable, en conservant toutefois sa forme sphérique, à peu près régulière, comme dans l'hypertrophie simple; le mamelon, sans s'être dévié du centre, est déprimé par la tension de la peau qui reste intacte et n'offre que de légères veinosités. Le volume de la tumeur égale à peu près celui des deux poings; sa surface pressée sous le doigt, semble un peu bosselée; sa consistance est devenue plus ferme encore, plus dure et comme élastique; sa mobilité, bien sensible, ressemble à celle de certains kystes. Les effets produits par le développement progressif de cette tumeur, au milieu de la mamelle, sont des effets surtout mécaniques, comparables à ceux d'un corps étranger volumineux, incommode par son poids et douloureux par la distension de l'organe. La gêne que la malade en éprouve jusque dans les mouvements du bras, la crainte de ne pouvoir plus agir assez librement, bien plus que le sentiment de la souffrance qui est devenue presque nulle, même aux époques menstruelles; enfin, la crainte plus sérieuse d'une complication ou d'une dégénérescence du mal, telles sont les justes raisons qui décidèrent mademoiselle M*** à se laisser opérer. Elle se trouve d'ailleurs dans de meilleures conditions que précédemment et elle consent à une consultation décisive.

Le 12 septembre, je prie M. le professeur Marjolin de venir voir la malade et de m'éclairer de ses conseils. J'espérais avoir aussi l'opinion de M. le professeur Cruveilhier, et j'en dirai le motif, mais il était alors absent de Paris. M. Marjolin, après avoir pris connaissance des antécédents et des phénomènes principaux de l'affection, examine avec le plus grand soin la mamelle, la palpe dans tous les sens et s'assure qu'elle est sans adhérences aux muscles, par des tractions légères et des mouvements d'abduction du bras; il constate les caractères de forme, de surface, de volume et de consistance exposés déjà, ainsi que

l'absence de toute complication locale ou générale. Il confirme enfin le diagnostic que j'avais cru pouvoir établir sur la nature bénigne et non maligne de la tumeur, en la considérant aussi comme un exemple des tumeurs mammaires chroniques, décrites par Astley Cooper, ou plutôt, sauf toute réserve, comme une hypertrophie d'apparence fibreuse. La possibilité d'une semblable altération avait préoccupé mon esprit, depuis la discussion soulevée à l'Académie de médecine par M. Cruveilhier, sur les corps fibreux de la mamelle. J'insisterai sur cette question si importante et si controversée par la plupart des chirurgiens.

Revenons à notre malade. D'abord inquiète du résultat de la consultation, elle se rassure aussitôt que M. Marjolin lui déclare qu'elle n'a point un cancer, mais un engorgement qui a une tendance continue à augmenter plutôt qu'à diminuer, et qui pourrait même plus tard dégénérer en tumeur de mauvaise nature. En conséquence, il ne croirait pas l'opération indispensable ou urgente, et il conseillerait même de temporiser encore, si en raison du développement progressif de cette tumeur et de la gêne qu'elle occasionne aussi par son poids; si en raison surtout des appréhensions de la malade et du parti résolument pris par elle de se laisser opérer, il ne devait l'y engager sans hésitation et sans délai.

Comme il s'agit, non pas de l'ablation partielle d'une tumeur du sein, mais de l'amputation totale de la mamelle, mademoiselle M*** éprouve une crainte assez vive, pour se sentir mal disposée pendant deux jours, après lesquels elle se retrouve dans les conditions voulues pour me permettre d'agir.

Le 16 septembre, au matin, je procède donc à l'opération, avec deux aides, MM. Cuisinier et Ferru qui avaient disposé l'appareil nécessaire.

Le chloroforme est employé dans cette circonstance (comme

j'ai l'habitude de le faire) en versant quelques gouttes du liquide sur une compresse ployée en cornet et placée au-devant de la bouche et sous les narines; mais il donne lieu à des phénomènes d'excitation tellement vive, que la malade semble en proie à des spasmes, à des convulsions presque tétaniques, opposant à nos efforts pour la contenir, une résistance des plus fortes. Nous suspendons pendant deux minutes l'inhalation, qui, reprise ensuite, ne détermine plus d'effets convulsifs et produit en quelques secondes l'insensibilité complète. (C'est à dessein que j'indique l'action du chloroforme dans ce cas, en raison de l'intérêt d'actualité qui s'attache à cette question.)

La malade endormie se trouve couchée sur le bord de son lit; elle a la tête soutenue et le bras droit écarté de la poitrine; je procède aussitôt à l'opération de la manière suivante :

Une première incision semi-elliptique circonscrit la base de la mamelle dans une direction oblique de haut en bas et de dehors en dedans; une seconde incision, correspondant à celle-ci, comprend la demi-circonférence supérieure de l'organe et complète la division des téguments. Un écoulement de sang veineux assez abondant résulte de la division des veines dilatées à la surface de la peau; mais cette hémorrhagie s'arrête d'elle-même. L'énucléation suffit à l'ablation de cette tumeur considérable, qui ne présente point d'adhérences, ni à sa surface, ni à sa base, comme s'il ne s'agissait que d'un lipôme; et l'opération ainsi facilitée est terminée à peu près en une minute. Deux artérioles fournissant un peu de sang s'oblitèrent par la torsion; la large surface mise à nu par l'ablation du sein ne représente que du tissu cellulaire intact au-devant des muscles pectoraux; pas un seul point qui semble malade ou engorgé, tant dans la région thoracique que dans la région axillaire. Procédons au pansement, tandis que la malade revient à elle et s'étonne de n'avoir ressenti aucune douleur pendant l'opération; la réunion

immédiate aurait été praticable, en conservant un peu plus de téguments, malgré l'état de maigreur individuelle; mais la crainte de laisser cicatriser trop vite une perte de substance qui succédait à un état morbide fort ancien, me décide à faire un pansement à plat, soutenu par une légère compression sur les bords de la plaie. Tout l'appareil se compose d'un linge fenêtré enduit de cérat, de plumasseaux de charpie, de compresses immédiates, de compresses graduées et d'une bande roulée en spica.

La diète, le même jour et une alimentation légère ensuite, quelques préparations opiacées, des laxatifs et des soins hygiéniques, composent l'ensemble des prescriptions faites durant les premiers temps.

La malade ressent, le jour de l'opération, quelques douleurs qui diminuent bientôt et ne reparaissent plus ; sa santé générale n'éprouve aucune altération notable pendant plus d'un mois, et les règles reparaissent, en déterminant de la sensibilité ainsi qu'une légère congestion dans la plaie.

Le premier appareil, levé le surlendemain, découvre une suppuration assez abondante déjà; les pansements sont renouvelés ensuite chaque jour de la même manière; les lèvres de la plaie, d'abord très écartées, tendent à se rapprocher par un travail de cicatrisation concentrique, le centre de la perte de substance se recouvre de bourgeons charnus d'un aspect vermeil, la suppuration diminue à mesure; aucune complication locale ne survient et la cicatrisation définitive est prochaine, lorsque mademoiselle M***, à la veille de retourner dans son pays (c'est-à-dire au vingt-huitième jour de l'opération), s'expose à un refroidissement, se sent indisposée, tombe malade et se trouve atteinte d'une affection aphtheuse des plus intenses (celle que Cullen et Sauvages désignaient sous le nom de *fièvre aphiheuse*). Mon honorable confrère, le docteur Vosseur, appelé auprès de

la malade, pendant mon absence momentanée, lui donne tous les soins nécessaires, qu'il est inutile de relater ici, et après des accidents assez graves, du côté des voies digestives, pour nous faire craindre un pronostic fâcheux, la maladie s'arrête, les forces très épuisées en quelques jours se rétablissent ; la cicatrisation de la plaie, suspendue d'abord, continue et s'achève définitivement à la fin de novembre.

Arrivons donc au complément essentiel de cette observation, au fait dominant de la question soulevée à l'Académie de médecine en 1844, par M. le professeur Cruveilhier, sans que cette question ait été résolue dans son sens, faute de preuve : je veux parler de l'anatomie pathologique. C'est, en effet, faute de démonstration anatomique, que l'existence des tumeurs fibreuses du sein et à plus forte raison leur fréquence, ont été contestées par plusieurs des honorables chirurgiens, membres de l'Académie. Lorsque j'ai eu l'honneur de communiquer à cette docte assemblée le résumé de l'observation que je viens d'écrire en détail, j'ai soumis à son examen la pièce pathologique qui en fait tout l'intérêt, parce qu'elle paraît être le type le plus complet, le plus exact des corps fibreux de la mamelle. En voici les caractères, tels que je les ai constatés avec plusieurs observateurs et tels qu'ils peuvent être reconnus encore sur la pièce anatomique elle-même.

La tumeur, séparée des téguments et des parois thoraciques par un tissu cellulo-graisseux, lâche, facilement énucléé, comprend la totalité du sein, mais n'en représente plus la moindre apparence, à tel point, que si elle était soumise, sans aucun renseignement, à l'examen le plus attentif, elle semblerait provenir de l'utérus, comme les corps fibreux de cet organe. Cette tumeur a une forme assez régulièrement hémisphérique. Elle est isolée du tissu cellulo-graisseux ambiant par une membrane cellulo-fibreuse, mince, transparente, adhé-

rente à elle dans toute son étendue, comme un véritable kyste.

Sa surface entière offre des bosselures ou sortes de circonvolutions et des anfractuosités disposées diversement, mais plus prononcées à la face antérieure ou mammaire qu'à la face postérieure ou thoracique ; celle-ci semble plus plane ou moins arrondie, mais cette différence n'est pas réelle et résulte de la pression exercée par les parois de la poitrine, tandis qu'elle disparaît ensuite par l'élasticité propre de la tumeur.

Son volume appréciable équivaut à peu près à celui d'un cerveau d'adulte, dont elle offre aussi l'aspect, lorsqu'on comprime un peu sa masse, de façon à lui imprimer une forme plus ovale. Son poids, mesuré peu d'instants après l'opération, est de 1175 grammes. Sa coloration est d'un blanc jaunâtre, uniformément égale à l'extérieur et à l'intérieur.

Sa texture, mise à découvert en quatre portions égales par une incision cruciale, qui divise toute son épaisseur, offre à la vue, au toucher ainsi qu'au scalpel, une masse homogène dans tous ses points, d'une densité ferme, résistante, semblable à celle du tissu fibreux ou fibro-cartilagineux, sans aucune trace ou apparence d'un produit morbide d'une autre nature ; aucun point de tissu ramolli, aucun point de dégénérescence encéphaloïde n'est appréciable à la plus minutieuse exploration ; la trame linéaire s'y trouve entrelacée de telle sorte dans toutes les directions et si fortement serrée qu'elle ne peut être distinguée à l'œil nu ; des orifices multiples de forme ovalaire ou arrondie et de dimension variable, depuis l'épaisseur d'un fil jusqu'au diamètre d'une plume à écrire, se montrent irrégulièrement disséminés en tous sens, avec ou sans communications de leurs canaux entre eux ; ces canaux, dépourvus de membrane propre, n'ont d'autres parois que le tissu même de la tumeur et semblent appartenir à sa nutrition propre, à son développement, comme des vaisseaux veineux, ou plutôt, comme des sinus de

cette espèce ; mais ils sont absolument vides de sang ou de tout autre liquide ; ils n'offrent enfin aucune ouverture libre à la surface extérieure, tapissée, comme nous l'avons dit, dans toute son étendue, par une enveloppe ou kyste de nature cellulo-fibreuse ; aucun vaisseau artériel n'existe dans cette masse homogène, qui paraît aussi dépourvue de vaisseaux lymphatiques et de nerfs.

Toutes ces conditions ne nous offrent-elles pas les caractères assignés aux corps fibreux par les anatomo-pathologistes et plus spécialement par M. Cruveilhier?

C'est à lui, d'abord, que je m'empresse de montrer cette tumeur, pensant bien qu'elle doit lui offrir un grand intérêt pour la vérification de ses idées. En effet M. Cruveilhier examine avec soin ce produit pathologique et me déclare, avec une vive satisfaction, qu'il le considère comme un exemple ou un type complet des tumeurs fibreuses de la mamelle. C'est pour lui un fait d'une extrême importance, puisqu'en lui fournissant la preuve de ce qu'il a avancé, dans la mémorable discussion soulevée par lui à l'Académie de médecine, ce fait semble modifier d'une manière notable quelques unes des opinions qui lui avaient été contraires et qui s'appuyaient néanmoins sur l'autorité de l'expérience chirurgicale.

Mais je dois me contenter de faire allusion à ces intéressants débats, pour ne pas m'engager dans une digression générale, en dehors du cas particulier dont il s'agit maintenant, et qui pourra servir de texte à une nouvelle discussion ou à des remarques ultérieures.

L'examen anatomique de la tumeur mammaire, tout en lui assignant les caractères précis que nous avons indiqués, ne me semblerait pas compléter l'observation, sans le contrôle du microscope. En conséquence, je prie M. Mandl de vouloir bien examiner les éléments de la pièce pathologique avec toute l'at-

tention désirable. Le savant micrographe s'empresse d'accéder à ma demande, et pendant une séance de deux heures il recherche, il détache, il examine et me fait examiner avec lui différentes parcelles de la tumeur, soumises à un grossissement assez considérable. Je le prie de me donner une indication précise du résultat de cette recherche et voici la note qu'il m'écrit, accompagnée de quelques images tracées au crayon :

« La tumeur, examinée au microscope, se compose d'un tissu » fibreux abondant et de la glande mammaire. Le tissu fibreux » se compose de fibres à divers degrés de développement, elles » entourent les extrémités cœcales de la glande mammaire, qui » sont encore parfaitement reconnaissables et exemptes de dé- » générescence cancéreuse. »

Ainsi cette dernière démonstration vient ajouter son appui aux caractères anatomiques dont nous avons fait l'exposé.

Les deux honorables membres de l'Académie, désignés par elle comme commissaires, pour lui rendre compte de cette observation, MM. Rochoux et Cruveilhier (1) veulent, chacun de son côté, avoir aussi le dernier mot du microscope sur cette question. M. Rochoux qui avait précisément reproché à son savant confrère (dans la discussion de 1844) d'avoir négligé l'examen microscopique et qui lui-même en a une grande habitude, recherche devant moi la texture intime de la tumeur et constate de même sa nature entièrement fibreuse.

Ajoutons à l'histoire déjà bien longue de cette observation, que plusieurs des habiles chirurgiens qui avaient, en 1844, élevé

(1) M. Cruveilhier, par un sentiment que chacun appréciera, désire ne point faire partie de la commission. M. Jobert (de Lamballe) est désigné à sa place et doit faire le rapport à l'Académie.

les plus sérieuses objections contre la doctrine de M. Cruveilhier et notamment MM. Amussat, Blandin, Jobert, Roux, etc., ont reconnu dans la pièce pathologique soumise à leur examen les caractères assignés aux tumeurs fibreuses de la mamelle.

REMARQUES

SUR LA

RUPTURE DU VAGIN

COMPLIQUÉE DU PASSAGE DU FOETUS DANS LA CAVITÉ ABDOMINALE,

ET SUR LES AVANTAGES DE L'ACCOUCHEMENT OPÉRÉ PAR LES VOIES NATURELLES,

SUIVIES D'UN NOUVEAU CAS DE GUÉRISON,

Par M. DANYAU,

Chirurgien-professeur adjoint à l'hospice de la Maternité, etc.

« We need not despair of making additions to the list of recoveries. »

A. Douglas, p. 74.

En 1787, W. Goldson publia l'observation fort curieuse d'une rupture du vagin suivie du passage du fœtus tout entier et de la totalité du délivre dans la cavité abdominale (1). Rapprochant à cette occasion plusieurs cas épars dans divers auteurs, il s'efforça de démontrer, bien qu'il eût qualifié son observation d'*extraordinaire*, que la science possédait déjà un certain nombre de faits du même genre, confondus à tort avec des cas de rupture de l'utérus et publiés sous cette désignation erronée. Sa critique s'adressait particulièrement à un mémoire d'André Douglas (2) qui avait paru deux ans auparavant. Ce mémoire avait pour base un cas de rupture à la suite de laquelle tout le contenu de l'utérus, enfant et délivre, était passé dans la cavité péritonéale, et pour appui une quinzaine de faits propres à dé-

(1) W. Goldson, *An extraordinary case of lacerated vagina*, etc. London, 1787.

(2) Andrew Douglas, *Observ. on an extraordinary case of ruptured uterus*. London, 1785.

montrer, avec celui de l'auteur, que les lésions traumatiques de l'utérus ne sont pas nécessairement mortelles, et que le passage de l'enfant dans le ventre n'exclut pas la possibilité de l'accouchement par les voies ordinaires. Sans attaquer la première de ces conclusions, et tout en confirmant la seconde par les résultats de sa propre expérience, Goldson fournit, à l'appui de sa thèse, des preuves parfaitement convaincantes. Ses raisons ne paraissent pas avoir été contredites par Douglas. En tous cas, elles prévalurent et reçurent plus tard de l'autorité de Boër une confirmation définitive. Le mémoire de l'illustre professeur de Vienne : *De ruptura vaginæ et fœtûs per eam in cavum abdominis transitu* (1) reproduit et commente les cas de Douglas, de Goldson, ceux de Stalpart van der Wiel et de Saviard, et ajoute un fait nouveau aux faits déjà connus. L'authenticité incontestable de ces faits n'avait pourtant pas suffi pour faire passer dans le domaine général de l'art les notions qui en découlent. Il restait à les vulgariser, et en les reproduisant encore dans un mémoire inséré dans les *Archives* (2) sous le pseudonyme de Desgranges, M. Dezeimeris les a livrés de nouveau à l'appréciation des accoucheurs. Aux faits contenus dans ce mémoire, d'autres sont venus successivement s'ajouter, en petit nombre toutefois, et sinon *extraordinaires*, au moins toujours importants et toujours dignes, à cause de leur rareté, de l'intérêt qu'ils inspirent, à défaut de l'étonnement qu'ils ne peuvent plus exciter. Ceux de ces cas (c'est le plus petit nombre) dans lesquels l'art est heureusement intervenu, où, sans opération sanglante, la femme a pu être délivrée, et, à travers mille périls, revenir à la vie et à la santé, sont particulièrement instructifs. L'excessive gravité des circonstances laisse donc encore quel-

(1) L. J. Boëri *Nat. med. obstetr.* lib. VII. Viennæ, 1812, p. 24.
(2) *Archives gén. de méd.*, nov. 1827.

ques ressources ; tout espoir n'est donc pas perdu ; Douglas l'avait déjà prouvé, et, proposant sa conduite pour modèle, il insistait avec chaleur sur les avantages de la délivrance immédiate par les voies ordinaires. C'est en me conformant à ces préceptes, qui sont d'ailleurs devenus des règles de l'art, que j'ai pu arracher à une mort presque inévitable et imminente la malheureuse femme dont je vais relater l'histoire, heureux de faire hommage à la Société de chirurgie d'un cas rare, d'un succès plus rare encore et dont le récit ne lui paraîtra peut-être pas indigne de figurer dans le recueil de ses travaux.

La nommée Lamb...., giletière, âgée de vingt-huit ans, entra à la fin de sa quatrième grossesse, le 17 juin 1848, à l'hospice de la Maternité.

C'est une petite femme brune, vive, d'un tempérament sanguin, d'une assez forte constitution, d'une santé habituellement bonne, et chez laquelle la petitesse de la taille ($1^{m},33$), la brièveté des membres supérieurs et inférieurs, la déformation des tibias légèrement arqués en dehors, font tout de suite soupçonner une viciation du bassin. Pour nous ce vice de conformation est un fait depuis longtemps acquis. Car deux fois déjà nous l'avons constaté et nous en avons mesuré le degré dans les deux premiers accouchements de Lamb...., où l'art dut intervenir avec quelques unes de ses extrêmes ressources. Voici, au reste, le précis des antécédents de cette femme :

Issue de parents bien conformés, et née probablement elle-même sans vice de conformation, elle ne commença à marcher seule qu'à l'âge de quatre ans et demi, sans doute après avoir été atteinte de rachitisme. Menstruée à dix-huit ans seulement, presque toujours abondamment, mais sans régularité, elle devint enceinte pour la première fois au mois d'août 1842. Le 1er mai 1843, après un travail déjà prolongé et que des applications

répétées de forceps n'avaient pu conduire à bonne fin, je fus obligé de perforer le crâne et de réduire la tête avec le céphalotribe. L'extraction seulement alors devint possible, encore ne fut-ce pas sans d'assez grandes difficultés.

L'enfant, dont la tête, quoique broyée, était encore volumineuse, paraissait à terme; son poids, moins la masse cérébrale en grande partie évacuée, était de 2625 grammes; il avait, de la racine du nez aux talons, $0^m,44$ de longueur. La mensuration intra-pelvienne avec le doigt donnait $0^m,088$ pour le diamètre sacro-sous-pubien. Nous avions donc eu à opérer dans un bassin dont le petit diamètre n'avait au détroit supérieur que 8 centimètres. Les suites de couches furent absolument exemptes d'accidents, et au bout de quelques jours, Lamb.... sortit parfaitement rétablie.

Je faisais, par intérim, le service de M. le professeur Dubois à la Clinique d'accouchement, lorsque le 31 août 1844, il me fallut encore, pour délivrer Lamb.... qui s'épuisait dans un travail infructueux, recourir aux moyens que j'avais dû employer seize mois auparavant à la Maternité. Cette fois encore elle était à terme, et son enfant d'un volume qui excluait la possibilité d'un accouchement naturel.

La mensuration du bassin donna un résultat parfaitement semblable à celui obtenu l'année précédente. Suites de couches également bonnes; rétablissement prompt et complet.

Une troisième grossesse suivit d'assez près les deux premières, heureuse et exempte d'accidents comme celles qui l'avaient précédée. Suivant le conseil qui lui en avait été donné. Lamb..., arrivée à la fin de son huitième mois, se présenta à la Clinique où elle fut soumise par M. Dubois à l'emploi des moyens propres à provoquer l'accouchement avant terme. Après un travail de sept heures, elle accoucha spontanément d'un garçon vivant, mais qui ne vécut que vingt-quatre heures. Moins heureuse qu'à

la suite de ses deux premiers accouchements, elle fut prise de péritonite; traitée avec succès, mais pourtant encore malade, elle sortit au bout de neuf jours, languit chez elle pendant une quinzaine, entra à l'hôpital Beaujon pour un phlegmon de la fosse iliaque gauche ou du ligament large de ce côté qui paraît s'être terminé par suppuration, et fut définitivement atteinte de manie puerpérale. Après sept mois de traitement à la Salpêtrière, pendant lesquels la menstruation fut complétement suspendue, elle put rentrer chez elle parfaitement guérie.

Il semblait qu'après de si tristes résultats, après les dangers qu'en dernier lieu cette femme avait courus, elle aurait dû soigneusement éviter les occasions de devenir enceinte de nouveau. Les accoucheurs toutefois ne se font point illusion à cet égard; ils savent bien que les plus dures leçons de l'expérience ne portent jamais fruit, et nul parmi eux ne s'étonnera de voir une nouvelle grossesse commencer vers la fin de septembre 1847, cinq mois après le rétablissement des règles et après cinq époques exactement régulières.

La santé était parfaitement rétablie, et grâce aux bonnes conditions de régime, de travail modéré, d'habitation, d'exercice qui lui venaient en aide, Lamb.... arriva sans accident, sans fatigue, dans le meilleur état enfin, au terme de sa quatrième grossesse.

Le 18 juin 1848, à onze heures du matin, les premières douleurs apparurent. Peu de temps après, à l'arrivée de la femme à la salle d'accouchement, on constata l'état suivant : Douleurs fortes et assez rapprochées; orifice souple, épais, dilaté de 2 centimètres environ; membranes entières; angle sacro-vertébral facilement accessible; tête élevée; présentation du sommet ou position occipito-iliaque gauche antérieure A huit heures du soir, les membranes se rompent, et bientôt, sous l'influence de contractions très rapprochées et excessivement

énergiques, la dilatation se complète. La tête, bien appuyée sur le détroit et sur l'orifice, est sur le point de les franchir, et l'on commence à concevoir l'espérance d'une terminaison spontanée, grâce sans doute à des conditions ici heureusement réunies et qui avaient absolument manqué dans les autres accouchements. Combien de fois n'avons-nous pas constaté ces différences qu'expliquent des différences dans le volume et la situation de la tête et dans la force et la direction des contractions utérines? L'action exagérée de la matrice n'était pas toutefois sans inconvénient : les souffrances étaient très vives, l'agitation très grande, et des vomissements peu considérables, mais assez fréquents, augmentaient encore l'angoisse dont cette femme était saisie. Tout à coup, dans un moment où l'élève placée auprès d'elle se retourne pour prendre un bassin destiné à recevoir les matières vomies, Lamb...., dans un brusque mouvement de gauche à droite exécuté sans doute pour aller au-devant du vase dans lequel elle voulait vomir, tomba de son lit avec son oreiller. Elle se relève aussitôt, remonte seule, et prétend n'avoir, dans cette chute, ressenti aucune douleur. Cependant les contractions utérines ont complétement cessé. La tête, qui avait toujours été de plus en plus accessible au doigt, a fui et ne peut plus être sentie. L'orifice, revenu sur lui-même, s'est notablement élevé; un peu de sang s'écoule par la vulve. L'abdomen est devenu d'une telle sensibilité que le moindre contact du doigt cause les plus vives souffrances. La malade accuse de sourdes douleurs dans le bas-ventre, surtout à gauche, et un inexprimable malaise à l'épigastre. La face est profondément altérée, la voix faible, les joues sont pâles, les lèvres décolorées, la peau du visage et des extrémités refroidie, le pouls presque imperceptible et d'une excessive fréquence. Immobile sur le dos et comme pétrifiée, la malheureuse Lamb.... demande avec instance qu'on la délivre.

Quel changement s'était opéré tout à coup! Quelle scène saisissante et terrible! A cet effrayant appareil de symptômes, il n'était guère possible de méconnaître l'existence d'une rupture probablement compliquée du passage total ou partiel de l'enfant dans la cavité péritonéale. Telle fut aussi mon impression, lorsqu'une heure après l'accident, j'arrivai auprès de cette malheureuse, et le soupçon se changea bientôt pour moi en certitude, lorsque j'eus constaté l'impossibilité d'atteindre la tête si facilement accessible quelque temps auparavant, le changement de forme du ventre devenu plus saillant vers la partie supérieure, et que j'eus senti immédiatement au-dessous des parois abdominales des parties fœtales que l'excessive sensibilité du ventre m'empêcha toutefois de spécifier.

Il n'y eut pas, dans mon esprit, un seul instant de doute sur la nécessité de délivrer cette pauvre femme que j'avais immédiatement reconnue. Ne rien faire, c'est-à-dire abandonner l'enfant dans la cavité abdominale et se contenter de combattre les accidents déjà développés ou qui pourraient surgir plus tard, me semblait le pire des trois partis qu'en pareil cas on pouvait prendre. C'eût été courir la plus mauvaise chance, et ce n'était pas trop, pour un cas si grave, de chercher la meilleure. Extraire l'enfant, telle était la pressante indication à remplir. Mais cette extraction, comment la faire? Serait-ce par les voies naturelles? serait-ce par la gastrotomie?

En songeant aux difficultés que m'avaient présentées les deux premiers accouchements de cette femme, je devais m'attendre à en rencontrer de plus grandes encore au milieu des graves complications de celui-ci, non seulement pour pénétrer à travers la crevasse, et entraîner par une ouverture maintenant plus ou moins rétrécie le corps plus ou moins volumineux de l'enfant, mais surtout pour faire franchir à la tête un détroit notablement vicié. Je redoutais aussi les conséquences d'une pression

nécessairement forte, prolongée sans doute, peut-être jusqu'à la mortification, des bords irrégulièrement lacérés que la tête ou les instruments refouleraient contre les parois du bassin. Tels étaient les obstacles, tels étaient les dangers qui me semblaient attachés à l'extraction par les voies naturelles, et qui devaient se combiner de diverses manières suivant que j'aurais affaire à une rupture de l'utérus ou seulement à une large désunion du vagin. Combien plus simple, combien plus facile la gastrotomie se présentait à mes yeux. Je ne me laissai pas entraîner toutefois par ces avantages apparents et par le souvenir de quelques cas heureux. Je me contentai de faire préparer tout ce qui pourrait être nécessaire pour l'opération, me réservant de la pratiquer dans le cas seulement où le siége de la lésion, l'impossibilité de pénétrer à travers la rupture, d'autres obstacles encore positivement constatés ou reconnus insurmontables, me forceraient de m'arrêter. Dans la décision à prendre, l'intérêt de la mère seule était en cause. L'enfant, ai-je besoin de le dire, ne vivait plus. Ses mouvements étaient nuls; les bruits du cœur avaient cessé. La mort avait sans doute immédiatement suivi le passage dans le ventre, nouveau motif, puisqu'il ne s'agissait pas de sauver l'enfant, pour ne recourir qu'à toute extrémité à la gastrotomie.

De la salle d'accouchement la femme fut immédiatement transportée dans une des infirmeries et placée tout de suite, pour éviter toute fatigue résultant d'un déplacement ultérieur, sur le lit même qu'elle devait occuper plus tard. Quand elle eut été mise dans la position généralement adoptée pour les accouchements artificiels, bien entourée par un nombre d'aides suffisant, j'introduisis la main gauche dans le vagin, je reconnus tout de suite de quelle sorte de lésion il s'agissait : je trouvai refoulé en haut, à droite et un peu en avant, l'utérus dont le col intact formait, comme de coutume, une cavité infundibuliforme,

au sommet de laquelle se reconnaissait l'orifice interne rétracté; dans toute la moitié gauche, le vagin était séparé de l'utérus. Ma main pénétra sans difficulté aucune à travers l'ouverture résultant de cette large séparation, et plongea dans la cavité péritonéale. Là elle put se mouvoir avec une facilité qui aurait suffi, si cette preuve eût été nécessaire, pour me démontrer qu'elle n'était pas dans l'utérus. L'enfant occupait le côté gauche de la cavité abdominale. La tête reposait dans la fosse iliaque, les extrémités inférieures étaient dans la région sus-ombilicale, le plan antérieur regardait en avant, le dos était appuyé sur la masse des intestins qu'il refoulait, si bien qu'après avoir glissé avec précaution ma main entre l'enfant et la surface lisse de la paroi abdominale sous laquelle, de l'extérieur, je la sentais cheminer, je ne rencontrai quelques anses intestinales que lorsque j'arrivai aux pieds. Elles ne m'embarrassèrent en aucune façon; je saisis les deux pieds, je les abaissai, et par un mouvement à la fois rapide et doux je les entraînai ensemble à travers la crevasse, le vagin et la vulve. La version avait été opérée avec une facilité et une promptitude sur lesquelles je n'avais pas osé compter. Délicate à la vérité, cette partie de l'opération n'était pas la plus difficile. Les vrais obstacles résidaient dans l'extraction. Ils ne furent pas tels pourtant que je l'avais craint, grâce au petit volume de l'enfant. La première difficulté se présenta au dégagement des bras qui, irrégulièrement placés, furent extraits peu régulièrement, mais pourtant sans fracture. Le tronc avait été entraîné de telle sorte que le plan sternal regardait en avant; la tête se présenta au détroit supérieur dans une direction correspondante, et parut d'abord ne pas pouvoir franchir cet obstacle. Je ne voulus pas trop insister sur les tractions, et faisant soutenir et tirer en bas le tronc de l'enfant, je perforai la base du crâne avec les ciseaux de Smellie, qui traversèrent le rocher du côté droit. Deux injections d'eau délayèrent la masse céré-

brale et en évacuèrent une petite partie. Pendant qu'on préparait le céphalotribe avec lequel je me proposais de réduire et d'entraîner la tête, je fis, avec mes mains seules, de nouvelles tentatives qui furent couronnées de succès. Des tractions énergiques et bien dirigées parvinrent cette fois, sans trop de peine, à faire passer à travers le détroit supérieur la tête qui, une fois dans l'excavation, franchit tout de suite le reste du canal. Je fis aussitôt couper le cordon ombilical, et saisissant de la main droite l'extrémité de cette tige que je tendis légèrement, je m'en servis comme d'un fil conducteur pour aller avec la gauche à la recherche du placenta. Je trouvai cet organe dans la cavité péritonéale où il était passé tout entier avec l'enfant, et d'où, libre d'adhérence, il fut facilement extrait. Je reportai une troisième fois la main dans le vagin pour reconnaître si, par la large déchirure de ce canal, quelque anse intestinale ne s'engageait pas. Rien ne se présentait, et je n'eus aucune réduction à faire. L'opération était terminée; elle l'avait été le plus heureusement possible. J'en éprouvai, on le concevra sans peine, une bien vive satisfaction. Je me félicitai surtout de n'avoir point eu à pratiquer la gastrotomie, et d'avoir pu faire l'extraction de la tête sans appliquer le céphalotribe. Quoique j'aie été bien des fois dans le cas de faire usage de cet instrument, et, que malgré la difficulté des circonstances, il ne me soit jamais arrivé de léser, en l'appliquant, les organes maternels, l'habitude de le manœuvrer ne me rassurait pas complétement, et lorsque je songeais qu'il arrive quelquefois à l'accoucheur le plus habile, sans que rien l'en avertisse et sans qu'il puisse l'éviter, de pincer avec l'extrémité d'une des cuillers du forceps une anse de cordon qui commence à descendre sur les côtés de la tête, ne devais-je pas redouter de pincer avec le céphalotribe une anse d'intestin, quand il s'agissait d'opérer sur une tête hors des voies naturelles, et plongée au milieu de la masse intestinale?

Je l'ai déjà dit, ce qui n'avait pas peu contribué à amoindrir les difficultés de cet accouchement, c'était le petit volume de l'enfant qui était du sexe féminin. Bien qu'à terme (les calculs de la mère et la présence du tubercule pisiforme des condyles du fémur ne laissaient guère de doute à cet égard), il ne pesait que 2050 grammes. La longueur n'était que de $0^m,46$, le diamètre occipito-frontal avait $0^m,10$, l'occipito-mentonnier $0^m,11$, le sous-occipito-bregmatique $0^m,105$, le bipariétal $0^m,09$.

Lamb.... avait supporté toutes ces manœuvres avec beaucoup de courage. Quoiqu'elles n'eussent été accompagnées ou suivies d'aucune perte de sang, la faiblesse, accrue sans doute par la douleur de l'opération, était excessive. La face était décolorée, les yeux enfoncés, ternes, presque immobiles, le pouls à peine perceptible, incomptable, l'anxiété précordiale extrême, accrue à chaque instant par les nausées et de temps en temps par des vomissements muqueux. Le ventre volumineux, ballonné, était tellement douloureux, que la malade ne pouvait supporter le poids d'une simple couverture. Cet état semblait annoncer une fin prochaine, et à minuit les sacrements furent administrés.

Relever les forces, combattre l'état nerveux et les vomissements, telles étaient les indications à remplir. Dans ce but nous prescrivîmes du vin de Bagnols, une potion antispasmodique et de l'eau de Seltz.

A une heure, les efforts de vomissements sont presque incessants ; rien ne peut les réprimer. Les matières vomies sont peu abondantes, blanchâtres, épaisses. A deux heures et demie, les vomissements deviennent bilieux, durent pendant une heure encore et s'arrêtent. Mais l'agitation et l'anxiété, qui sont extrêmes, persistent toute la nuit.

Le 19, à six heures et demie du matin, l'altération de la face est toujours aussi profonde, les joues sont couvertes de plaques jaunâtres. Le pouls est misérable, varie de 140 à 150 pulsations

par minute. La malade est tourmentée d'un besoin de déplacement qu'on ne peut satisfaire, parce que de petites convulsions tétaniques, dans les masséters surtout, se manifestent aussitôt. Douleur épigastrique persistante, développement considérable de l'abdomen avec gêne notable de la respiration. Bruyant déplacement de gaz dans les intestins. Émission spontanée de l'urine impossible. La sonde n'évacue qu'une très petite quantité de liquide.

A huit heures, peau brûlante, muqueuses décolorées, vives douleurs au moindre mouvement; tristesse, abattement; embarras dans la parole, sensation d'étouffement à la gorge. Pas de selles, écoulement lochial rouge très peu abondant. (Eau de groseille, vin de Bagnols, potion antispasmodique, eau de Seltz et glace, onction sur le ventre avec de l'huile de camomille laudanisée.)

Le 20 juin, à deux heures du matin, émission spontanée mais douloureuse de l'urine, suivie de calme jusqu'à six heures. A partir de ce moment quelques efforts pour vomir, mais pas de vomissements. A dix heures cependant quelques mucosités sont rejetées. L'abdomen, qui depuis quelques heures était moins sensible et moins développé, se développe de nouveau et devient plus douloureux, particulièrement vers la fosse iliaque gauche. La face est légèrement colorée, les yeux sont toujours cernés, abattus, la dyspnée très grande; le pouls, toujours très petit, est tombé à 128. Urines rendues spontanément et sans douleur; point de selles; lochies séro-sanguinolentes peu abondantes. (Même prescription. Cataplasme laudanisé sur l'abdomen.)

Le soir, la douleur, notablement diminuée, est tout à fait localisée dans la fosse iliaque gauche; le ballonnement est moindre; le pouls est un peu moins faible et ne donne que 116. Nuit agitée, sans sommeil; quelques vomissements vers minuit; langue rouge sur les bords, jaune au centre; peau chaude et

moite. Le ventre est moins ballonné, moins sensible et supporte maintenant une palpation légère. Miction spontanée, facile, sans douleur ; pas de selles ; lochies séro-sanguinolentes peu abondantes. (Même prescription. Une pilule de 0,05 d'opium.) La journée se passe assez calme. Un peu de sommeil répare les forces de la malade, et le soir à sept heures et demie, le pouls, toujours à 116, est sensiblement plus fort. Mais il y a encore de la dyspnée.

Le 22, amélioration sensible ; la peau est bonne, le regard commence à reprendre de la vivacité. La sensibilité et le volume du ventre sont beaucoup moindres ; le pouls diminue graduellement de fréquence, et, dans le cours de la journée, descend jusqu'à 100. Le poids des cataplasmes est parfaitement supporté. Point de selles ; lochies séro-sanguinolentes. (Même prescription.)

Le 23, bien-être général ; pouls plein, régulier, à 96 ; peau bonne ; abdomen insensible à la pression, partout, excepté au niveau de la fosse iliaque gauche. Bon sommeil, appétit ; pas de selles. (Même prescription, plus une bouteille de citrate de magnésie à prendre dans le courant de la journée par très petites portions, 1/8 de verre à la fois ; deux bouillons.)

Le 24, bon sommeil, pas de fièvre ; diminution de la douleur de la fosse iliaque ; selles nombreuses et faciles ; appétit. (Deux bouillons, un potage.)

A partir du 25, la convalescence s'affermit de jour en jour ; l'appétit augmente, les mouvements sont faciles et n'occasionnent aucune douleur. Le ventre est souple et indolent, le sommeil parfait, l'état général de plus en plus satisfaisant. On commence à accorder quelques aliments solides qui, bien digérés, secondent le retour des forces. Bientôt la guérison n'est plus douteuse, et dès le 28 Lamb.... demande avec instance sa sortie. Ce ne fut pas sans peine que nous parvînmes à la retenir jusqu'au 3 juillet. Quinze jours seulement s'étaient écoulés, et

nous avions le bonheur devoir sortir, dans le meilleur état possible, une femme qui, le 18 juin, nous avait paru vouée à une mort presque certaine. Le neuvième jour de ses couches pour la première fois, et plus tard au moment même de son départ, le toucher fut pratiqué. A chacune de ces explorations, les parties furent trouvées dans un état qui n'aurait pas pu faire soupçonner la grave lésion dont elles avaient été atteintes. Les bords de cette large solution de continuité s'étaient rapprochés. A peine rencontrait-on un peu de froncement là où avait existé la rupture. Le col de l'utérus ne différait pas de ce qu'il est quinze jours après l'accouchement chez une femme mère de plusieurs enfants. Il ne restait plus qu'un écoulement lochial séreux; cependant à la dernière exploration mon doigt ramena un peu de pus provenant sans doute des parties qui étaient en voie de cicatrisation.

Cette dernière circonstance, et le peu de temps écoulé depuis un accouchement qui avait offert de si graves complications, m'auraient fait désirer de conserver plusieurs jours encore cette femme sous mes yeux. Une sortie trop prompte de l'hôpital et les imprudences qui en seraient la suite me faisaient craindre le développement ultérieur d'accidents qui compromettraient le résultat presque inespéré que nous avions obtenu. Mes craintes n'étaient que trop bien fondées. Trois jours s'étaient à peine écoulés que je fus appelé auprès de cette femme dont le domicile est place du Musée, 19. Elle avait de la fièvre, et ressentait, dans la fosse iliaque gauche, une douleur que la pression rendait plus vive. Je me contentai d'abord de prescrire des cataplasmes émollients, des lavements et des injections de même nature, des boissons adoucissantes et un régime sévère. Ces moyens n'ayant pas produit une amélioration suffisante, je fis faire sur l'endroit douloureux une application de quinze sangsues. Les émollients furent ensuite assidûment continués. Je

joignis à cet ensemble de moyens quelques bains et de légers laxatifs. Un engorgement ne s'en forma pas moins dans la fosse iliaque. L'état général n'offrait pourtant aucune gravité; la fièvre était modérée, le sommeil assez bon; aucun frisson ne se manifestait; un écoulement plutôt muqueux que purulent avait lieu par le vagin. Rien n'annonçait qu'il se formât un abcès, et j'avais encore l'espoir d'une terminaison par résolution, lorsqu'un jour j'appris que la malade avait eu la veille tout à coup plusieurs selles fétides dont la nature toutefois m'est restée inconnue. Un abcès s'était-il formé pendant les quelques jours que je n'avais point vu la malade? S'était-il fait jour par le rectum? Je l'ignore. Toujours est-il que je trouvai la fosse iliaque libre. La fièvre ne tarda pas à tomber; l'appétit, les forces reparurent. Lamb.... put se lever, reprendre son travail et ses habitudes, et lorsque, vers le milieu d'août, elle vint me remercier de mes soins, elle était enfin parfaitement et définitivement guérie.

J'ai peu de chose à ajouter à cette observation dans laquelle se trouvent répandues les principales remarques que j'avais à faire. Je ne puis cependant me dispenser de faire observer que l'accident qui a mis la vie de Lamb.... en danger, et qui a fait périr son enfant, a probablement été le résultat de plusieurs causes réunies. Je signalerai d'abord les prédispositions suivantes : la multiparité, bien que la primiparité n'en préserve pas absolument; le notable rétrécissement du détroit supérieur; enfin le phlegmon développé dans le tissu cellulaire du côté gauche du bassin, à la suite des accidents inflammatoires qui avaient compliqué le troisième accouchement. Quant à la cause déterminante, elle me paraît moins facile à indiquer. Faut-il l'imputer à la chute? S'il est vrai qu'elle y ait eu quelque part, j'avoue n'avoir à proposer aucune explication plausible. Nous ignorons absolument comment la chute a eu lieu, quelle partie du corps a

porté, et, si c'est le ventre, quel côté est venu frapper le sol. J'accuserais plutôt de ce désastre les mouvements désordonnés de la femme, et en particulier ce brusque mouvement de rotation et d'inclinaison du tronc à droite, pendant lequel l'utérus, poussé dans le même sens, n'a pu entraîner ou allonger le vagin fixé par la tête contre le contour du détroit supérieur. Au point de réunion des deux organes a dû nécessairement s'opérer en ce moment une solution de continuité. Libre alors d'une partie de ses adhérences, l'utérus a été entraîné en haut et à droite, et à travers la rupture largement béante du vagin, il a, par un suprême effort de contraction, chassé tout son contenu dans la cavité péritonéale, d'autant plus facilement que l'orifice était complétement dilaté, et la tête encore au-dessus du détroit supérieur. L'explication que je viens de donner n'est autre que celle proposée par quelques auteurs, et en particulier par M. Duparcque, pour des cas semblables ou analogues. Si elle n'est pas absolument rigoureuse, elle est au moins la plus plausible, et sans me faire illusion sur sa valeur, j'ai cru pouvoir la reproduire ici.

L'importance de l'observation que j'ai l'honneur de soumettre à la Société réside dans le succès obtenu. Grossir la liste des guérisons, voilà ce que je me suis proposé en rendant public ce fait heureux, non certes pour une vaine satisfaction d'amour-propre, mais dans un but d'utilité et d'encouragement pour d'autres, et pour que mon exemple inspire confiance et trouve des imitateurs. Et qu'on ne se méprenne pas sur le sens de mes paroles. On a pu le voir, je n'ai rien fait, je n'ai rien proposé de nouveau. Je me suis conformé à des règles reçues : Extraire l'enfant par les voies naturelles ; opérer le plus promptement possible. Ces préceptes de l'art quelque peu contestés encore, moins contestables cependant dans les cas de rupture de la partie supérieure du vagin que dans tout autre, ne peu-

vent pas prétendre à devenir jamais absolument impératifs : sans parler des cas discutables, celui où l'enfant, passé dans le ventre, n'a pas cessé de vivre, celui d'un extrême rétrécissement du bassin, ne commanderont-ils pas une conduite différente? Mais, ces deux exceptions réservées, les faits doivent apporter aux règles précitées l'appui de leur autorité. C'est donc un devoir de recueillir avec soin chacun de ces faits en particulier, de les publier en détail, d'en peser toutes les circonstances, d'en proclamer le résultat, de les ajouter ou de les opposer à ceux du même genre déjà connus.

Les ruptures de la partie supérieure ou péri-utérine du vagin peuvent exister seules, ou comprendre à la fois le vagin et l'utérus. Dans l'un comme dans l'autre cas, et quelle que soit leur gravité d'ailleurs, elles peuvent être exemptes de complication, ou se compliquer du passage d'une partie ou de la totalité du fœtus et de ses dépendances dans la cavité abdominale. Pareilles distinctions peuvent être faites pour les ruptures du col de l'utérus seul. Il y a, entre ces diverses sortes de lésions, des ressemblances ou des analogies qui permettent de les embrasser dans des considérations générales applicables à leurs causes, à leurs effets, à leurs signes, à leur pronostic, aux indications qu'elles présentent et aux moyens de les remplir. Si, à propos du fait que j'ai relaté, je voulais résumer ici tous ceux qui s'en rapprochent sous un rapport, mais non sous tous les rapports essentiels, par l'identité de la lésion seulement par exemple, ou bien seulement par le genre de complication, la liste serait assez considérable. Pour me borner à des faits à peu près identiques, et par conséquent comparables, je me contenterai de faire connaître ce que fournit, relativement aux résultats, la statistique des cas dans lesquels il y avait rupture du vagin seul à son insertion péri-utérine et en même temps passage de l'enfant en totalité ou en partie, avec ou sans le placenta, dans la cavité péritonéale. Or,

ces faits bien constatés ne sont pas si nombreux ! Si aux cas cités par Boër, c'est-à-dire à ceux de Van der Wiel, de Saviard, de Douglas, de Goldson, et à celui de Boër lui-même, on joint celui de Pouteau (*Œuv. posth.*), celui de Ross (*Ann. de méd. de Duncan*, année 1798), un communiqué à Douglas par un de ses amis (*oper. cit.*, p. 26), un rapporté par Courtial (*Nouv. obs. anat. sur les os*, 1705), et qui, convenablement interprété, serait, suivant M. Dezeimeris, de la même espèce que les précédents; celui de Moreno (*Arch. gén. de méd.*, 1829, t. XIX, p. 301) qui, bien compris, appartiendrait à la même catégorie; celui observé à la clinique de Kluge et qui fait le sujet de la thèse de Wittig (*Observatio vaginæ in partu negotio disruptæ*, Berol., 1828); peut-être celui de Smith (*Med. chir. Trans.*, et *Archiv. gén. de méd.*, t. XIX, p. 96); puis un cas de G. Ph. Michaelis (*Siebold's Lucina*, t. VI, p. 305), un autre d'Ingleby (*Facts and cases*, p. 204) et celui de Carl. E. Th. de Siebold (*Siebold's Journ.*, XIII, 46), ces trois derniers ne différant des autres que parce que le passage de l'enfant était incomplet ou se compléta seulement au moment de la mort; si, à tous les cas que je viens de rappeler, on en ajoute enfin deux autres, le premier cité par Bonet (*Sepulch.*, sect. 38, lib. III), le second consigné dans *Journal f. Geburtsh*, I, 72 (*Frankf. u. Leipzig*, 1787), qui diffèrent des précédents relativement à la cause, les lésions ayant été produites par des manœuvres violentes et maladroites, on aura à peu près complété la liste des faits qui, sous le rapport de l'organe lésé et de la complication qui a suivi la rupture du vagin, sont véritablement comparables à celui dont je viens de faire connaître les détails.

Or, sur ces dix-sept cas, dont pas un, au reste, de gastrotomie, on ne compte qu'un bien petit nombre de guérisons. Ces cas heureux sont ceux de Douglas, de Ross, de Smith, et le mien. La mort eut lieu dans les treize autres, soit parce que, la

nature de l'accident méconnue, les femmes avaient été abandonnées à elles-mêmes, soit parce que la gravité des circonstances excluait toute tentative, soit par suite de la trop tardive application des ressources de l'art, soit enfin parce que, malgré la très prompte extraction de l'enfant, des accidents consécutifs ont compromis le résultat, circonstance au reste fort rare, car elle n'a été observée que dans le fait de Kluge. Cette rareté même et l'heureuse issue des quatre cas dans lesquels l'art est intervenu aussitôt après l'accident, montrent ce qu'on peut attendre d'un diagnostic bien posé, d'une décision vivement prise et d'une simple manœuvre prudemment exécutée. C'est bien là, certainement, la conduite que tout accoucheur devra se proposer lorsque le vagin largement ouvert et séparé de l'utérus aura livré passage à l'enfant. Cette conclusion pratique, non nouvelle sans doute, mais confirmée par un fait nouveau, est la seule que je m'étais proposé de tirer du travail que j'ai l'honneur de présenter à la Société.

LUXATION DE L'ARTICULATION MÉDIO-CARPIENNE,

EN ARRIÈRE,

Par M. MAISONNEUVE,

Chirurgien de l'hôpital Cochin.

Depuis que Dupuytren, dans son *Mémoire sur les fractures de l'extrémité inférieure du radius*, a fait ressortir l'erreur de ses devanciers, relativement à la luxation du poignet, la science enregistre avec sollicitude tous les faits qui peuvent se rapporter à cette dernière lésion, dont l'histoire, anéantie par le chirurgien de l'Hôtel-Dieu, se trouve maintenant à reconstruire tout entière.

Déjà MM. Marjolin fils, Padieu, Voillemier et Scouttetten, ont publié des observations qui ont été reçues avec un vif intérêt. Je viens, comme eux, apporter le tribut de mon expérience à cette œuvre à peine commencée.

Le fait que je vais rapporter appartient aux luxations du poignet, mais non pas à celles de l'articulation radio-carpienne.

C'est un cas de luxation des deux rangées du carpe entre elles. Jusqu'à présent je ne sache pas qu'il en existe d'autre dans la science.

Le 13 octobre 1841, pendant l'absence de M. Roux que je remplaçais par intérim, on apporta dans mon service à l'Hôtel-Dieu, salle Sainte-Marthe n° 54, un homme de quarante-deux ans, nommé Maupas (Jean), couvreur, qui venait de tomber d'une hauteur de 40 pieds environ sur le pavé de la rue. Cet homme était mourant, et parmi les nombreuses lésions qu'il présentait, celle dont il s'agit passa presque inaperçue. Ce n'est que le lendemain, à l'autopsie, que, frappé de la déformation

singulière du poignet droit, j'examinai cette partie avec attention.

Au premier coup d'œil, le poignet présentait les caractères de la fracture du radius ; il était le siége d'une déformation résultant de ce que la main déviée de l'axe de l'avant-bras, se trouvait portée en arrière, ce qui donnait au membre la figure d'un 7, mais, par un examen attentif, je m'aperçus bientôt que le siége de la déformation était plus bas que dans la fracture du radius. Le plan antérieur de l'avant-bras, régulier jusqu'au pli transversal du poignet, présentait en ce point une dépression brusque résultant de la translation de la main sur un plan postérieur. Cette translation rendait saillante en avant l'extrémité inférieure des os de l'avant-bras dont je reconnus parfaitement les apophyses styloïdes, la main examinée par sa partie antérieure paraissait raccourcie de plusieurs lignes, les doigts étaient fléchis et leur extension n'était pas possible sans un effort assez considérable.

Sur sa face postérieure, le membre présentait une déformation correspondante, c'est-à-dire qu'au lieu de se continuer avec le plan de l'avant-bras la main était projetée en arrière, son extrémité supérieure faisait, à quelques lignes au-dessus des apophyses styloïdes, une saillie de plus de 1 centimètre par laquelle le doigt explorateur était brusquement arrêté. Elle était moins abrupte cependant que la saillie antérieure formée par les os de l'avant-bras.

Je fis exécuter quelques mouvements en sens inverse à l'avant-bras et à la main pour essayer de percevoir la crépitation, je ne sentis qu'un frottement raide, mais tout à fait différent de la crépitation réelle, puis dans un effort de traction, je fis brusquement disparaître la difformité. Je la fis du reste bientôt reparaître telle qu'elle était, et c'est dans cet état que je fis la dissection de la pièce.

Je commençai par la partie postérieure et enlevai d'abord la peau, puis l'aponévrose superficielle qui n'avait éprouvé aucune déchirure. Je mis à nu les tendons extenseurs, tous étaient intacts mais refoulés en arrière par suite du déplacement de la main. Après avoir écarté toutes les parties molles, je découvris le siége de la lésion. Il était dans l'articulation médio-carpienne. L'articulation du radius avec la rangée du carpe n'y était pour rien, la portion radiale du scaphoïde, le semi-lunaire tout entier et une portion du pyramidal, étaient restés unis aux os de l'avant-bras, leurs ligaments antérieurs et postérieurs étaient intacts.

Les os de la deuxième rangée ne présentaient aucune altération dans leurs rapports avec le métacarpe, mais ils étaient complétement séparés des os de la première rangée sur lesquels ils chevauchaient en arrière de plus de 1 centimètre. La séparation cependant n'avait pas exclusivement lieu dans la contiguïté, une partie du scaphoïde était restée unie au trapèze, une portion du pyramidal entraînant avec elle le pisiforme, avait suivi l'os crochu, de sorte que ce n'était pas une luxation franche, mais une luxation compliquée de la fracture des deux montants de la mortaise.

La dissection, faite par la face antérieure du membre, fit voir une ecchymose assez considérable dans le tissu cellulaire sous-cutané. Aucun des muscles fléchisseurs n'était rompu, mais tous étaient fortement tendus, ils se réfléchissaient sur l'extrémité inférieure des os de l'avant-bras, comme sur une poulie, pour aller passer sous le ligament annulaire antérieur du carpe.

Les ligaments latéraux externe et interne de l'articulation radio-carpienne étaient complétement rompus ainsi que les fibres ligamenteuses antérieures et postérieures qui unissent les deux rangées du carpe.

Si maintenant nous résumons les signes de cette lésion, nous

voyons qu'ils consistent dans les phénomènes suivants : 1° déplacement en totalité de la main vers la face postérieure de l'avant-bras ; 2° deux saillies de 2 centimètres en avant, de 1 centimètre en arrière, formées, l'une par le carpe, l'autre par les os de l'avant-bras, la première placée à quelques lignes au-dessus de la seconde ; 3° longueur égale au plan osseux carpo-métacarpien sur les deux membres ; 4° même longueur des deux radius ; 5° apophyses styloïdes du radius et du cubitus dans leurs rapports normaux ; 6° position fléchie des doigts.

Ces signes sont exactement les mêmes que ceux attribués par M. Voillemier à la luxation radio-carpienne. Je ne sais si plus tard on trouvera quelque moyen de les distinguer, mais pour l'instant je ne vois rien qui puisse servir à baser un diagnostic différentiel. Heureusement que ces deux lésions, du reste fort rares, exigent un traitement identique.

QUELQUES CONSIDÉRATIONS

SUR

L'ANATOMIE CHIRURGICALE DE LA RÉGION MAMMAIRE,

Par J. A. GIRALDÈS,

Agrégé à la Faculté de médecine, chirurgien des hôpitaux.

Le travail que j'ai l'honneur de soumettre à l'appréciation de la Société comprend le résumé de quelques recherches sur l'anatomie chirurgicale de la région mammaire.

Je n'ai pas, messieurs, la prétention de passer complétement en revue toute cette région, je veux seulement m'arrêter à quelques détails généralement mal exposés et qui permettront de mieux comprendre quelques points de pathologie concernant cette importante région.

La région mammaire est composée d'éléments anatomiques nombreux dont quelques uns se retrouvent en général dans toutes les régions, tandis que d'autres sont spéciaux à cette région et la caractérisent. Ces derniers éléments, spéciaux à la région mammaire, y déterminent, dans la disposition des éléments généraux communs, des modifications importantes.

Parmi les éléments anatomiques communs, on doit comprendre le derme, la couche graisseuse et le fascia superficialis. Dans l'étude qui va suivre nous passerons sous silence les différentes modifications des éléments communs pour nous arrêter seulement à l'examen de quelques parties des éléments spéciaux, la glande mammaire.

La glande mammaire doit être étudiée dans son volume, dans sa forme, dans sa position et dans la disposition des diverses parties qui la constituent; nous bornerons cependant notre

examen à son enveloppe, à sa capsule fibreuse, et au mode de terminaison des canaux glandulaires. La glande mammaire est enveloppée par une capsule fibreuse qui limite son étendue et détermine sa forme; cette enveloppe est résistante, élastique, épaisse; elle constitue une masse solide dans laquelle sont comme incrustés les canaux sécréteurs du lait; elle est adhérente au derme par des éléments que nous allons examiner. La glande est placée avec son enveloppe entre le fascia superficialis et le derme où elle se creuse une place au milieu de la couche graisseuse dans laquelle elle est comme plongée; nous avons à examiner sa face antérieure et sa face postérieure. Afin de bien analyser la disposition des éléments anatomiques qui servent à la glande mammaire, et pour bien connaître la disposition des tissus qui la constituent, on peut procéder à son étude soit par des coupes verticales faites dans l'épaisseur de la région mammaire, soit en isolant la glande des parties qui lui sont adhérentes; en suivant ce dernier procédé, c'est-à-dire, en enlevant la masse graisseuse qui entoure la glande et qui contribue à arrondir la forme de la région, on remarque que la face antérieure se continue avec le derme par des brides, par des cloisons fibreuses qui se détachent de sa surface; ces prolongements fibreux présentent une série d'aréoles nombreuses qui rappellent par leur ensemble une pomme de pin dont les écailles sont largement écartées; ces aréoles sont remplies de graisse, et leur partie profonde se continue souvent avec des loges, des espaces creusés dans l'épaisseur de la capsule fibreuse de la masse glandulaire, espaces dont la disposition est importante à connaître toutes les fois qu'on veut se rendre compte des différentes espèces d'abcès qu'on observe dans cette région; ces loges sont de plusieurs ordres, tantôt elles forment une cavité en cul de sac; d'autres fois, au contraire, elles traversent toute l'épaisseur de la glande mammaire. Dans leur trajet elles décri-

vent des sinuosités, des anfractuosités, dilatées quelquefois dans leur milieu et communiquant souvent avec une loge voisine ; ces cavités sont remplies d'une graisse fine contenue dans un tissu lamelleux dans lequel se distribuent des capillaires artériels et veineux. On y trouve aussi des troncs lymphatiques sur lesquels nous reviendrons plus loin.

La connaissance de ces espaces graisseux n'a pas échappé à l'attention des anatomistes. Girardi (1) donne une figure qui représente assez bien les cavités dont nous parlons ; Kolpin (2), Astley Cooper (3) en font également mention. Nous pouvons ajouter cependant que la connaissance de ces faits a peu occupé les anatomistes, par une raison facile à comprendre. En effet, ces cavités, au point de vue anatomique et physiologique, sont d'un médiocre intérêt, mais il n'en est pas de même lorsqu'on les examine sous le point de vue chirurgical ; alors surtout, leur étude acquiert une importance très grande comme nous l'indiquerons tout à l'heure. Après avoir examiné la face antérieure de la glande, si nous passons à l'étude de sa face postérieure, nous constaterons que cette surface ne présente aucune éminence, aucune aspérité, aucune cavité analogue à celles de la partie antérieure ; qu'elle est formée par une lame fibreuse très dense et résistante qui se continue dans l'épaisseur de la glande et devient plus épaisse à sa partie moyenne.

La circonférence de la capsule fibreuse se continue avec une partie du fascia superficialis dont une lamelle semble se fixer sur le bord de cette capsule, tandis qu'une autre lamelle passe derrière elle et forme une espèce de grande loge dans laquelle pourraient s'accumuler des liquides ; c'est par l'intermédiaire du fascia superficialis. Au moyen des attaches de ce fascia à la cla-

(1) *De structura mammæ.* Parme.
(2) *De structura mammarum.* Berlin, 1768.
(3) *On the anatomy of the breast.* London, 1840.

vicule, que la glande mammaire se trouve comme suspendue et maintenue en place ; de cette disposition anatomique il résulte que, quel que soit le volume de l'organe, il peut quelquefois être allongé sans être jamais déplacé.

La capsule fibreuse de la mamelle est parcourue, comme nous l'avons dit, par des capillaires veineux artériels et par des troncs lymphatiques ; ceux-ci se développent surtout pendant la gestation et acquièrent alors le volume d'une grosse plume de corneille ; ils traversent l'épaisseur de la glande pour communiquer avec un réseau lymphatique très serré qu'on trouve à la partie postérieure et dont Kolpin (1) a démontré l'existence ; il faut remarquer que ces vaisseaux ne traversent pas de ganglions lymphatiques, et qu'il n'y a point de ganglions dans la glande mammaire.

Sans entrer dans l'examen sans doute très important de la disposition des vaisseaux lymphatiques du mamelon, et des réseaux veineux de la glande, je passe de suite à l'examen du rôle que les cellules et les loges graisseuses jouent dans les différentes inflammations de l'organe mammaire.

Les abcès de la région mammaire sont de plusieurs espèces ; les uns se développent dans la couche graisseuse, les autres au contraire dans l'épaisseur de la glande, ou bien même, d'après quelques auteurs, en arrière de l'organe entre la glande et le fascia superficialis.

Les abcès superficiels, ceux qui ont leur siége dans la couche graisseuse, ne doivent point nous occuper. Les abcès glandulaires doivent au contraire nous arrêter un instant ; ils se forment toujours dans les cavités graisseuses sur lesquelles j'ai appelé votre attention, soit dans les loges en cœcum, soit dans les cavités anfractueuses qui traversent l'épaisseur de la glande ; enfin, l'inflammation peut se développer dans la partie antérieure des

(1) Kolpin, *loco cit.*

loges graisseuses ou bien dans leur partie moyenne ou même dans leur partie postérieure. Dans le premier cas, lorsque l'inflammation envahit les loges en cœcum, le produit de l'inflammation se fait jour vers la partie antérieure pour y former une ou plusieurs tumeurs circonscrites par les brides du tissu fibreux qui réunissent la glande à la peau; il ressort de la disposition anatomique que j'ai indiquée, à savoir, que les loges graisseuses ne communiquent pas toutes entre elles, que dans le cas où l'inflammation envahit un plus ou moins grand nombre de loges, l'ouverture naturelle ou artificielle d'une loge enflammée et suppurée ne permet pas, le plus ordinairement, l'écoulement du pus contenu dans une logevoisine. Si l'inflammation se développe dans la partie moyenne ou dans la partie postérieure d'un espace graisseux, le pus a de la tendance à s'accumuler dans les interstices voisins; il passe quelquefois derrière la glande et s'épanche entre elle et le fascia superficialis; dans ce cas le produit de l'inflammation s'accumule dans cet espace situé derrière la glande, dilate cette cavité et communique avec les loges anfractueuses par des pertuis étroits placés très défavorablement pour permettre l'écoulement du liquide; alors on observe des abcès considérables communiquant à l'extérieur par des trajets qui aboutissent à un point plus élevé que celui qui correspond à la cavité dans laquelle le pus est contenu; on comprend ainsi la formation de ces abcès en forme de bouton de chemise, abcès qu'il est souvent difficile de guérir par la raison qu'ils se vident par le mécanisme des fontaines intermittentes. Les collections de ce genre sont, suivant nous, consécutives à l'inflammation des loges graisseuses et ne se développent jamais primitivement en arrière de la glande mammaire; il importe donc d'être prévenu de ces dispositions afin de pouvoir y remédier de bonne heure et d'empêcher la formation de clapiers qui décollent la mamelle presque en totalité.

Les considérations que je viens de développer relativement au mécanisme de la formation des abcès de la glande mammaire permettent également de déduire quelques préceptes de pratique. On se rappelle en effet que les loges contenues dans l'épaisseur de la glande ne communiquent pas toutes entre elles, que les abcès qui résultent de l'inflammation de ces espaces graisseux s'ouvrent isolément, et que l'ouverture d'un abcès ne donne pas issue au pus contenu dans une loge voisine ; on peut donc établir en principe que les abcès de la glande mammaire doivent être ouverts par des ponctions, qu'on doit éviter de pratiquer de grandes incisions par la raison que ces incisions, pouvant porter sur des points de la glande qui ne répondraient pas au foyer, seraient inutiles ; enfin que toutes les fois qu'on a affaire à un abcès placé en arrière de la glande, il convient de l'ouvrir très largement à la circonférence de l'organe, afin de mieux permettre l'écoulement du liquide.

La capsule fibreuse de la glande mammaire dont nous avons décrit la surface externe enveloppe de toute part les canaux galactophores et donne à chaque lobe, à chaque lobule de la glande, une enveloppe spéciale ; cette gaîne qui entoure tous ces canaux subit des modifications nombreuses suivant qu'on l'examine chez la jeune fille ou chez la femme qui a eu des enfants. Dans le premier cas la capsule est plus dense, plus épaisse, et fournit par conséquent aux canaux glandulaires une enveloppe plus résistante. Chez la femme qui a eu des enfants, qui a allaité, la capsule est plus lâche, plus vasculaire, moins serrée ; aussi l'enveloppe fibreuse des canaux et des vésicules est également moins dure, moins résistante.

Si on vient à décomposer par la dissection toute cette masse fibreuse, on constate que chaque canal, que chaque lobule, chaque vésicule sont entourés par cette gaîne fibreuse, dont la présence, l'abondance et surtout la densité autour des vésicules glandu-

laires sont importantes à bien connaître afin de bien apprécier le rôle que joue cette membrane dans la production de certaines tumeurs du sein.

Afin de faire comprendre l'étiologie de quelques unes des tumeurs du sein, il est besoin d'arrêter un instant votre attention sur le mode de distribution et de terminaison des canaux et des cellules mammaires; je dois rappeler ici que la terminaison des canaux laiteux a été bien examinée dans l'espèce humaine et dans des espèces animales par Santorini (1), Duvernoi (2), Kolpin (3), et de nos jours par Astley Cooper (4), Van der Hoeven (5) et de Morgan (6). En insistant sur ces détails, j'ai seulement la prétention de montrer comment ces éléments anatomiques peuvent s'altérer, former des tumeurs qui peuvent donner lieu à des erreurs.

Pour procéder avec ordre, je diviserai les canaux glandulaires en trois segments : 1° sinus ou réservoirs laiteux; 2° canaux proprement dits; 3° cellules glandulaires ou terminaison des canaux glandulaires.

1° *Sinus ou réservoirs.* — Ils sont formés par la dilatation des canaux galactophores à leur entrée dans le mamelon, et entourés par du tissu fibreux, prolongement de la capsule glandulaire. Ces réservoirs sont susceptibles d'augmenter de calibre; on peut les comparer à ces réservoirs considérables qui se rencontrent dans les mamelles des animaux ruminants. La membrane muqueuse qui tapisse la face interne de ces sinus présente une particularité importante, elle est pourvue d'un réseau lymphatique très développé, et les troncs qui en partent se rendent dans les ganglions lymphatiques de l'aisselle, ce qui fait com-

(1) *De structurâ mammarum.* Parme.
(2) *Comment. acad. scient. imp. Petrop.* 1751.
(3) *Loc. cit.*
(4) *Loc. cit.*
(5) *Transact. Linn. Society.*

prendre comment l'inflammation de ces réservoirs détermine l'engorgement des ganglions lymphatiques de cette région.

2° *Canaux sécréteurs.* — Leur volume varie suivant qu'on les examine chez la jeune fille ou pendant la lactation. A peine développés dans le premier cas, ils acquièrent pendant la lactation un calibre considérable ; de même que les sinus, ils sont enveloppés par du tissu fibreux. Ces canaux se divisent en plusieurs autres qui semblent se détacher à angle droit ou en s'irradiant ; dans leur trajet ils reçoivent les petits canaux provenant des lobules glandulaires : tous ces conduits, en raison de la grande quantité du tissu fibreux qui les entoure, peuvent se dilater partiellement, se rompre même et former ainsi des tumeurs enkystées fermées par du lait altéré et décomposé.

3° *Vésicules glandulaires.* — Ces vésicules forment ce qu'en anatomie on désigne sous le nom d'*acinii ;* elles terminent les canaux galactophores et présentent des dilatations formées par deux ou trois cavités ou cellules, à peu près comme sont formées les dilatations bronchiques. Quelques unes de ces vésicules, en forme de lobules, semblent en quelque sorte isolées et perdues dans l'épaisseur des éperons fibreux de la surface antérieure de la capsule ; l'ensemble des cellules mammaires constitue les lobes glandulaires. Ces cellules, ainsi qu'il a été dit, sont enveloppées par un tissu fibreux serré, prolongement de la capsule ; elles offrent des différences très grandes sous le rapport du calibre chez la jeune fille et chez la femme qui a allaité. Dans le premier cas elles sont rudimentaires, dans le second elles sont au contraire dilatées, et à ce point de vue les cellules mammaires peuvent être comparées à juste titre aux vésicules bronchiques ; ajoutons que la face interne des cellules mammaires est tapissée par un épithélium susceptible de s'altérer, qu'elles peuvent se dilater en dehors des fonctions qu'elles doivent remplir, et dans ces cas leur dilatation est toujours ac-

compagnée de l'hypertrophie de tissu fibreux qui les environne.

Toutes les fois que ces dilatations s'opèrent, elles déterminent dans l'épaisseur de la glande la formation de tumeurs d'un volume variable; ces tumeurs ont pour caractère d'être dures, roulantes, arrondies, donnant au palper la sensation d'un corps dur plongé au milieu d'un tissu dépressible, à peu près comme les ganglions lymphatiques engorgés; leur volume est variable; quelquefois elles forment des masses isolées du volume d'une olive ou d'un œuf de pigeon; d'autres fois, au contraire, ces masses sont composées de grains de la grosseur d'un pois, on les rencontre quelquefois à la superficie de la glande, surtout lorsqu'elles sont formées par les lobules isolés des éperons fibreux; d'autres fois elles sont placées à la circonférence, au centre, quelquefois même à sa partie postérieure. Ces tumeurs sont lentes dans leur développement; quelquefois elles restent stationnaires ou bien acquièrent un volume notable. On les observe chez des personnes de tout âge, mais principalement chez des personnes jeunes; leur présence est souvent attribuée à une pression brusque, à une contusion du sein; souvent on les a considérées à tort comme étant de nature tantôt squirrheuse, tantôt fibreuse; dans l'un et dans l'autre cas elles peuvent être la cause d'un pronostic fâcheux.

Après avoir enlevé ces tumeurs, si on les examine avec soin on trouve qu'elles sont formées d'une masse blanche, quelquefois d'une couleur d'un jaune sale dans laquelle le tissu fibreux prédomine; cette circonstance les a fait dans quelques cas regarder comme de nature purement fibreuse; mais si l'on cherche à bien connaître leur composition intime, on constate que la masse fibreuse est percée de cavités dont le calibre est variable, cavités remplies d'un liquide mélangé d'épithélium altéré, on y constate en un mot tous les éléments du tissu glandulaire. Si l'on soumet ces tumeurs à une investigation convenable, on finit par

démontrer que ces dilatations appartiennent aux cellules mammaires dont l'enveloppe extérieure a subi une hypertrophie considérable. Or, suivant le degré de dilatation des vésicules, suivant le degré d'hypertrophie de l'enveloppe fibreuse et le développement des capillaires sanguins, ces tumeurs peuvent offrir des colorations et une densité différentes, circonstances qui expliquent comment, dans certains cas, ces tumeurs ont été considérées comme étant de nature encéphaloïde. Ces productions ont de la tendance à augmenter de volume, et comme leur présence dans le sein est une source d'inquiétude pour les malades, il importe de bien les distinguer afin d'éviter des appréciations fâcheuses.

Plusieurs fois j'ai eu occasion de constater ce que je viens d'avancer, par la dissection de tumeurs enlevées sur le vivant ou sur le cadavre, et considérées quelquefois par des chirurgiens habiles comme de nature fibrineuse, fibreuse ou même encéphaloïde. Une tumeur de ce genre que j'ai enlevée chez une jeune dame, fut soumise à l'examen de deux professeurs distingués, Pour l'un elle fut de nature fibreuse, et pour l'autre de nature encéphaloïde. Pour terminer ces considérations, je dois ajouter que dans quelques cas les vésicules mammaires se développent sans que la capsule fibreuse suive un développement proportionnel. Dans ces cas il peut se former des tumeurs vésiculaires susceptibles même de s'enflammer, de se rompre et permettre la formation de végétations fongueuses; Brodie (1) a beaucoup insisté sur cette forme de tumeurs du sein, et sur des mamelles de vieilles femmes j'ai pu constater la présence des tumeurs décrites par le chirurgien anglais.

(1) Brodie, *London medical Gazette*, 1840. *Medical times*, 1844.

QUELQUES POINTS

DE LA

CONTAGION MÉDIATE DE LA SYPHILIS,

Par M. CULLERIER,
Chirurgien de l'hôpital de Lourcine.

Il est un mode de contagion de la syphilis sur lequel les auteurs ne sont pas d'accord, et dont l'authenticité, mise en doute par quelques uns, admise avec réserve ou regardée comme possible par un certain nombre, n'a jamais reçu la sanction de l'expérimentation. C'est pour éclairer ce point de la science que j'ai entrepris les recherches que je vais avoir l'honneur de vous communiquer.

Il arrive à tous les praticiens, et plus encore à ceux qui s'occupent spécialement de syphilis, d'être consultés par des malades affectés de chancres provenant de femmes soumises ensuite à l'examen et chez lesquelles l'attention la plus scrupuleuse ne fait absolument rien découvrir qui ait pu donner lieu à la contagion. C'est là un fait commun et qui devait l'être bien plus encore lorsque le spéculum n'était pas, comme il l'est aujourd'hui, indispensablement appliqué à la recherche des symptômes vénériens chez les femmes.

Je mets immédiatement de côté la mauvaise foi de certains malades qui croient avoir intérêt à cacher la véritable source de l'infection ou qui très consciencieusement ne la soupçonnent pas. Je fais également abstraction des cas nombreux dans lesquels l'examen des parties génitales et celui de toutes les muqueuses qui confinent à la peau n'a pas été fait avec tout le soin désirable.

Je suppose un malade qui dit avoir gagné des chancres avec une personne suspecte, une fille publique, par exemple, c'est-à-dire une femme qui a pu dans un espace de temps très court exercer le coït avec plusieurs hommes dont elle ne connaît pas l'état de santé. On ne découvre chez elle aucune ulcération, aucune trace de solution de continuité récente, pas la moindre rougeur anormale; peut-on supposer que cette femme a reçu d'un premier homme le principe syphilitique qu'elle a transmis à un autre sans en ressentir elle-même l'influence, sans que la muqueuse sur laquelle le liquide virulent a été déposé lui ait ouvert une porte d'entrée capable de lui livrer passage dans l'économie, ou tout au moins de manifester localement sa présence, en un mot cette femme a-t-elle pu servir de simple véhicule et favoriser à son insu une contagion médiate?

Ce n'est pas d'aujourd'hui que cette question est soulevée; on la trouve dans la plupart des auteurs qui se sont occupés des moyens de contagion de la syphilis; on voit même dans les écrivains antérieurs à l'épidémie du xve siècle ce mode de communication admis pour la lèpre, et voici à cet égard comment, en se fondant sur ce qu'ont dit de la variété de la lèpre désignée sous le nom d'arsure, Gilbert l'Anglais en 1210, Théodoric en 1250, et Jean de Gaddesden, qui n'a guère fait que copier les deux premiers en 1492, voici comment s'exprime Astruc: « Que si quelquefois peut-être on ne contractait pas la lèpre même par un tel commerce, le coït, il arrivait au moins que pour avoir couché avec des lépreuses ou même avec d'autres qui, quoique saines d'ailleurs, avaient eu affaire peu de temps auparavant à des lépreux, les parties génitales se trouvaient le plus souvent attaquées de phlogose ou d'inflammation, d'érysipèle, d'exulcérations, de phlyctènes, ce qui causait la difficulté d'uriner et, comme on parlait, l'ardeur, l'incendie, l'arsure. » (Astruc, *Maladies vénériennes*, liv. I, chap. 7.)

Lorsqu'éclata la grande épidémie attribuée à la syphilis, tous les modes de contagion furent acceptés; on crut non seulement au contact infectant par deux surfaces saines, on alla jusqu'à adopter la transmission du mal au moyen de l'air expiré par l'individu infecté, et il fallut que cette dernière croyance fût bien généralement admise, pour que trente et quelques années après la première apparition de la maladie épidémique, cette contagion ait été élevée au rang d'un crime politique. Or, l'histoire nous apprend que, vers 1529, le cardinal Wolsey fut accusé d'avoir communiqué la vérole à Henry VIII en lui parlant bas à l'oreille, et l'on a quelque peine à croire aujourd'hui, ce qui pourtant est exact, que cette inculpation ait pu constituer l'un des articles du bill d'accusation porté par la chambre haute d'Angleterre contre ce grand et fastueux ministre.

Il n'est pas étonnant qu'avec des idées semblables le mode de contagion dont je m'occupe ait été indiqué par les auteurs de cette époque. Aussi Wideman, qui l'un des premiers a écrit sur la syphilis, dit en parlant des communications possibles : « *Summoperè tamen cavendum ne coitus fiat cum muliere pustulatâ, imo neque cum sanâ cum quâ priùs brevi temporis spatio concubuit vir pustulatus, propter evitare contagionis periculum. Jam enim cognitum ex experientiâ ut subsequens post pustulatum recenter inficitur.* »

Plus tard, Fernel, dont la latinité est plus obscure et plus difficile à comprendre, donne aussi comme possible ce mode de contagion dans le passage suivant : « *Hauritur etiam interdùm lues à scorto quod nondùm sit inquinatum cùm quis cum eo volutatur, mox ab alio impuro scortatore.* (*De luis venereæ curatione*, chap. IV.)

On trouve dans Thierry de Hery, dont l'ouvrage est daté de 1534, la phrase que voici : « Le dict venin se communique et est porté es parties principales aydant à ce les coïncidens ou

adjuvans : comme se délecter trop longuement en tel acte quand l'homme ou la femme infectés sont pleins de mauvais suc ou que la femme a quelques fluxions blanches, pasles ou autrement décolorées ou que récentement elle a eu compagnie d'aucun ayant ladite vairolle. »

Ambroise Paré, qui du reste n'a guère fait que répéter presque tout l'ouvrage de Héry, ne met pas en doute la possibilité de ce moyen de contagion de la syphilis.

Que si maintenant nous arrivons aux auteurs du siècle dernier et à ceux qui ont écrit plus récemment encore, nous voyons la même opinion admise, mais toujours avec quelque réserve et sans preuves. J'ai déjà rapporté ce que dit Astruc au sujet de l'arsure, voici actuellement ce qu'il dit de la syphilis : « On croit aussi qu'un homme sain peut prendre la vérole avec une femme saine, si cette femme, après avoir eu commerce un peu auparavant avec un homme gâté, souffre les approches de l'autre sans s'être lavée ; d'autant que les restes de la semence corrompue qu'elle a reçue depuis peu et qui est retenue dans la matrice ou dans le vagin, peuvent communiquer au gland de l'homme avec qui elle a ensuite affaire la même corruption que lui communiquerait la semence de cette femme si elle était elle-même gâtée. » (*Maladies vénériennes*, liv. II, chap. 1.)

Swediaur admet la même opinion, mais il va beaucoup plus loin, et il tombe même dans l'exagération lorsqu'il écrit : « Nous voyons très souvent que des femmes publiques communiquent la maladie à différentes personnes pendant plusieurs semaines de suite, tandis qu'elles n'en ont pas elles-mêmes le moindre symptôme apparent, soit local, soit général, le virus demeurant durant tout ce temps dans le vagin sans produire la moindre action ni dans ce canal ni dans le système du corps. » (Introduction, page 39.)

Je dis que Swediaur est tombé dans l'exagération, je me

trompe; il a fait des erreurs de diagnostic en ne reconnaissant pas des lésions qui devaient exister à la partie supérieure du vagin ou sur le col de l'utérus, et qui conservaient leur propriété contagieuse pendant tout le temps de leur évolution normale.

Hernandez pense qu'une personne peut avoir pris récemment le virus syphilitique d'un chancre, et qu'une autre peut le lui enlever sans qu'il en reste aucune parcelle sur la première.

Mon père n'admettait qu'avec une grande réserve la contagion médiate, et seulement, disait-il, afin d'expliquer certains faits qui sans cela resteraient inexplicables.

De nos jours M. Ricord, examinant dans ses leçons la possibilité de cette contagion, n'hésite pas à l'admettre, et voici comment il s'exprime dans les notes de Hunter au chapitre de la nature du virus syphilitique : « Quand on a cru que les femmes avaient pu communiquer la maladie sans en présenter aucune trace, c'est qu'elles étaient atteintes de symptômes profonds et cachés qu'on ne découvrait pas faute d'exploration au spéculum, ou bien qu'ayant eu des rapports préalables avec des hommes infectés, elles avaient momentanément recueilli dans leurs organes du pus virulent qu'elles avaient pu transmettre ensuite sans devenir elles-mêmes malades. »

M. Cazenave, qui a touché cette question dans la remarquable introduction à son traité des syphilides, et qui à ce propos cite Wideman, Trajan Pétrone et Hernandez, n'ajoute pas une foi entière à ce que disent ces auteurs. Il pense que les faits de cette nature sont à la rigueur possibles, mais il semble ne les accepter qu'à regret, et il reproche à l'école de M. Ricord de s'en être servie pour expliquer certains résultats d'inoculation qu'il ne saurait admettre.

Je pourrais multiplier les citations, mais celles que je viens de faire me paraissent suffisantes pour démontrer que le fait de

la contagion médiate dont il s'agit n'est encore regardé que comme possible *à priori* sans qu'il en existe une seule observation bien circonstanciée. Voici les expériences que j'ai instituées pour éclairer ce point.

La nommée Louise Vaudet, âgée de seize ans, est entrée à l'hôpital de Lourcine, salle Sainte-Marie, n° 9, le 10 octobre 1848. Elle portait dans chaque aine une ulcération à fond grisâtre et à bords taillés à pic. La maladie date d'un mois ; elle n'a pas été traitée, et lors de l'entrée à l'hôpital, il y a une violente inflammation de la peau du ventre et de celle de la partie supérieure des cuisses par suite de la marche. Bains, cataplasmes, repos au lit pendant plusieurs jours. Lorsque l'examen des parties génitales peut être fait sans douleur, on ne constate aucune trace d'ulcération ni à la vulve ni à l'anus. Tout le vagin est rouge et le siége d'une sécrétion muco-purulente abondante mais sans ulcération ; le col de l'utérus est sain.

Pansement des ulcérations chancreuses des aines avec de la charpie imbibée de vin aromatique, injections vaginales avec une solution d'alun. Six semaines après l'entrée de la malade à l'hôpital, les ulcérations ont diminué de moitié et la vaginite est singulièrement amendée. Le 25 novembre, après m'être de nouveau bien assuré que la muqueuse de la vulve et du vagin n'est ulcérée en aucun point et que le produit de la sécrétion de ces parties n'est pas inoculable, je recueillis sur une spatule le pus d'un des chancres inguinaux en assez grande quantité et je le portai dans le vagin. Je fis promener la malade pendant trente-cinq minutes en la surveillant de manière qu'elle ne portât pas la main à la vulve. Au bout de ce temps, je pris sur une lancette une certaine quantité de l'humidité vaginale et j'inoculai une des cuisses de la malade. Je lavai ensuite à grande eau tout le vagin et la vulve, j'essuyai avec précaution, puis je lavai de nouveau avec de l'eau fortement aluminée.

Quarante-huit heures après, la piqûre d'inoculation avait donné lieu à la pustule la plus caractéristique. Je la respectai jusqu'au lendemain pour plus d'exactitude dans l'expérience, et je la détruisis alors avec le caustique de Vienne. Rien absolument ne parut au vagin, l'inflammation n'y fut pas augmentée, et deux mois après la malade quitta l'hôpital parfaitement guérie et de la vaginite et des ulcérations inguinales.

La seconde expérience a été faite sur la nommée Célestine X., âgée de vingt-quatre ans, entrée à Lourcine, salle Saint-Louis, n° 7, le 28 novembre 1848. Elle portait à l'aine droite un bubon ulcéré qui datait de deux mois et qui avait succédé, dit-elle, à un petit bouton qui n'a duré que quelques jours et qui siégeait sur la face interne d'une des grandes lèvres. A l'époque de l'entrée à l'hôpital on ne distingue plus la trace de ce bouton. La vulve, le vagin, le col de l'utérus et l'anus sont à l'état tout à fait normal. L'aspect de l'ulcération de l'aine me fait supposer qu'elle est spécifique. Dès le lendemain 29, le pus du bubon est pris avec une spatule et placé dans le vagin en imprimant quelques mouvements de va-et-vient et tâchant de le porter aussi haut que possible. La malade se promène ensuite pendant près d'une heure sans savoir qu'elle est l'objet d'une expérimentation. Elle est ramenée au lit, et alors je recueille sur une lancette tout ce que je puis des humidités vaginales, en faisant remarquer aux élèves et à quelques jeunes confrères qui m'entourent, qu'on ne distingue plus le pus introduit dans le vagin et que ce que j'ai sur ma lancette ressemble tout à fait au mucus normal. J'inocule à l'une des cuisses et j'emploie les mêmes précautions de lavage que dans le cas précédent. Dès le lendemain la pustule caractéristique s'élève et je ne la détruis qu'après quarante-huit heures. La vulve, le vagin et le col utérin sont ensuite surveillés pendant quelques jours ; mais rien n'y paraît, le mal reste borné à l'aine. Je ne dois pas omettre de dire que bien qu'il n'y eût

aucun signe de maladie à l'intérieur des organes génitaux, je n'en fis pas moins le même jour une inoculation avec le mucus qui les baigne, et que cette inoculation resta négative.

Ces deux expériences prouvent surabondamment que la contagion médiate par l'intermédiaire du vagin, qui jusqu'à présent n'a été regardée que comme possible, est désormais un fait acquis à la science, et que ce qui n'était qu'une probabilité passe à l'état de certitude. La première est surtout remarquable en ce qu'elle fait comprendre comment il se peut faire qu'un homme a contracté un chancre avec une femme chez laquelle on ne trouve qu'une vaginite, et l'on sait que c'est une objection qui a souvent été faite à la théorie que professe M. Ricord. Elles prouvent toutes les deux que si, en général, le scepticisme doit être appliqué à l'étiologie des affections vénériennes, il est pourtant certaines circonstances dans lesquelles il faut s'en départir, et cela principalement quand on connaît les mœurs de la femme qui est accusée d'avoir donné du mal et qui pourtant est trouvée saine.

Je n'ai pas besoin de faire remarquer combien ces expériences indiquent l'utilité des moyens prophylactiques de la syphilis, et pour moi ces moyens se réduisent à un seul vraiment efficace, le lavage à grande eau, avec ou sans addition de substances étrangères, après un coït suspect. M. Ricord l'a écrit quelque part : les maladies vénériennes seraient moins fréquentes si les femmes étaient plus propres. J'ajouterais volontiers que ces maladies seraient plus rares encore si les hommes étaient aussi plus soigneux et s'ils étaient moins confiants. Plus soigneux, cela va sans dire, puisque s'il est démontré que du pus virulent peut séjourner impunément pendant un certain temps dans les replis du vagin, il faut admettre qu'il en est ainsi pour les replis du prépuce. Moins confiants, parce que nous savons tous que beaucoup de malades, et je parle ici des gens du

monde, ont peine à se persuader qu'ils peuvent être trompés par les femmes avec lesquelles ils ont des rapports, et qu'alors ils ne prennent pas après le coït les précautions de toilette qu'ils prendraient avec des femmes qui seraient réellement suspectes. M. Ricord, qu'on ne me reprochera sans doute pas de citer trop souvent, car c'est une autorité sur laquelle on ne saurait assez s'appuyer quand il s'agit des affections vénériennes, M. Ricord rapporte dans son ouvrage le fait suivant : « Un jeune homme eut des rapports avec une femme affectée de chancres; il eut le même jour des relations avec sa maîtresse habituelle, qui fut infectée de la même maladie sans que lui-même en fût atteint; il est à remarquer que ce jeune homme ne s'était pas lavé après le coït et que chez lui le prépuce était fort long. » (*Traité pratique des maladies vénériennes*, page 98.)

Je n'ai fait que deux expériences, c'est peu sans doute, mais j'avoue que j'ai cru devoir mettre plus de réserve ici que dans les inoculations de la péau, parce que si dans ce dernier cas on est toujours sûr d'arrêter à volonté les progrès du chancre qu'on détermine, on aurait plus de difficulté peut-être à faire avorter une ulcération des profondeurs du vagin. La même raison m'a engagé à ne pas laisser plus d'une heure le pus virulent en contact avec la muqueuse vaginale, temps qui d'ailleurs m'a paru assez prolongé pour le but que je me proposais. Au surplus, deux observations bien suivies et faites avec toutes les garanties possibles sont plus que suffisantes pour une question à laquelle il ne manquait que l'épreuve de l'expérimentation; mais cette épreuve était nécessaire ici comme dans le cas de contagion médiate au moyen des corps inertes. On sait, en effet, que des doutes ont été élevés sur la réalité de la transmission de la syphilis de cette manière parce que, disait-on, le pus virulent a besoin de la chaleur vitale pour conserver ses propriétés contagieuses. L'inoculation à la lancette a démontré que c'était là

une erreur, M. Ricord a conservé pendant plusieurs jours du pus chancreux entre deux verres, comme on conserve le vaccin, et avec ce pus il a produit un chancre. J'ai fait moi-même quelques expériences, et je suis arrivé au même résultat. Je ne citerai qu'un seul fait, il est tout récent : La nommée Eugénie Bourges, vingt-cinq ans, couchée au n° 16 de la salle Sainte-Marie à l'hôpital de Lourcine, est affectée de chancres nombreux à la vulve et de deux ulcères de même nature dans les aines. Le 22 septembre 1849, je prends sur une de ces ulcérations toute la sécrétion qui s'y trouve et je la dépose sur un morceau de verre que je laisse à l'air libre pendant quarante-huit heures. Le 24, je délaie avec une très petite quantité d'eau ce pus concrété, je l'inocule à une des cuisses de la malade et deux jours après j'ai une pustule modèle.

Cette expérience est plus concluante encore que celles de M. Ricord, puisqu'il avait mis le pus à l'abri du contact de l'air, tandis que je n'ai pris aucune précaution pour en garantir celui avec lequel j'ai expérimenté.

Que maintenant on remplace le morceau de vitre dont je me suis servi par un verre à boire, une cuillère, une fourchette, un tuyau de pipe, dans le cas de chancre des lèvres, par des vêtements, un vase de nuit ou l'ouverture des lieux d'aisance pour ceux de la verge ou de la vulve, et l'on pourra avoir involontairement les conséquences que j'ai cherchées artificiellement.

J'ai eu, il y a peu de temps, par devers moi un exemple d'inoculation médiate par un objet de toilette, c'est celui d'une femme affectée de chancres à la vulve, qui en communiqua à sa fille âgée de trois ans, en se servant, pour laver cette enfant, de l'éponge dont elle venait de faire usage pour elle-même. J'avoue que si je n'avais pas été éclairé par ce que je savais des expériences sur la contagion médiate, j'aurais pu avoir un instant d'hésitation ou d'embarras, parce que cette femme, qui parta-

geait le même lit avec sa fille, avait en même temps que les chancres de la vulve, des plaques muqueuses dans la gorge et des taches de roséole sur tout le corps.

Je suis convaincu que des faits analogues ne sont pas rares et que souvent ils sont l'origine de certaines observations données comme exemples de contagion de la syphilis constitutionnelle, de même que dans quelques circonstances de contagion médiate par le vagin on a pu donner comme preuve de l'identité du chancre et de la blennorrhagie, des faits physiologiquement semblables à ceux que j'ai produits par l'expérimentation.

MÉMOIRE

SUR LA NATURE, L'ORIGINE ET LE SIÉGE

DE LA GRENOUILLETTE.

DU TRAITEMENT DE CETTE MALADIE

PAR LE PROCÉDÉ STOMATOPLASTIQUE DE M. JOBERT MODIFIÉ,

Par M. A. FORGET,
Docteur en médecine.

Les pathologistes ne sont pas d'accord sur l'origine, le siége et la nature de la grenouillette. Plusieurs, en opposition avec les autorités les plus considérables en chirurgie, se refusent à admettre qu'elle puisse être produite par la dilatation des conduits salivaires, obstrués ou oblitérés soit à leur orifice, soit dans un point quelconque de leur étendue; ils la considèrent comme étant toujours un kyste accidentel, analogue aux cavités closes que l'on observe dans diverses autres parties du corps. Suivant MM. Stromeyer et Fleischmann, la grenouillette est l'exagération d'une disposition anatomique préexistante; ils l'attribuent au développement morbide d'une bourse muqueuse qui dans l'état normal existe chez l'homme et chez les animaux. Cette opinion, exclusivement personnelle à ces deux observateurs, tombe devant l'investigation anatomique qui a montré que cette bourse muqueuse n'existait pas (1). La dilatation des conduits salivaires et le développement d'un kyste accidentel restent donc seuls en présence pour expliquer l'apparition de la tumeur sublinguale ; or, s'il est vrai que le traitement d'une maladie, pour être rationnel, doive se déduire de la connaissance

(1) Thèse de M. Bertherand, p. 16. Strasbourg, 1845.

de sa cause, il ne saurait être sans utilité de rechercher à laquelle de ces deux origines il convient de la rapporter.

Partisan de l'opinion qui assigne pour point de départ à la grenouillette les conduits salivaires, j'essaierai de justifier cette manière de voir et de répondre à l'opinion contraire qu'un membre de la Société de chirurgie formulait dans une de ses séances du mois de juin dernier (1), en disant : « Qu'il ne » croyait pas qu'il existât dans la science, même en y compre- » nant les faits de J.-L. Petit, des observations positives de gre- » nouillette salivaire : dans tous les cas d'oblitération ou d'ob- » struction des conduits de Warthon, ajoutait-il, il survient des » accidents inflammatoires que l'on ne rencontre pas dans la » grenouillette. » En s'exprimant de la sorte, M. Maisonneuve nous semble ne s'être pas assez préoccupé des conditions différentes dans lesquelles l'oblitération des voies salivaires peut s'effectuer : n'est-il pas admis qu'elle a une marche aiguë et une marche chronique. Dans le premier cas, l'oblitération du canal de Warthon se fait brusquement et il en résulte une rétention complète de la salive; ce liquide, refoulé vers la source d'où il émane, agit par une pression excentrique contre les parois de son canal qui opposent une certaine résistance; de là une tension douloureuse accompagnée de chaleur, qui bientôt se propage jusqu'aux glandes sous-maxillaires elles-mêmes dont la tuméfaction est plus ou moins sensible. Je rapporterai une observation qui montrera cette forme de grenouillette coïncidant avec une stomatite survenue à la suite d'une opération que j'avais pratiquée dans la bouche. M. Chassaignac en a cité un cas remarquable dans la *Gazette des hôpitaux;* un calcul salivaire lui avait donné lieu (2). On conçoit qu'elle puisse aussi se manifester sous l'empire d'une cause sur laquelle M. Vidal (de Cassis) a appelé l'at-

(1) *Compte rendu de la Société de chirurgie* (*Union médicale*, n° du 30 juin 1849).
(2) *Gazette des hôpitaux*, juillet 1844.

tention dans son *Traité de pathologie :* je veux parler du spasme de l'orifice du canal de Warthon qui, d'après ce pathologiste, *ne serait pas étranger à la forme de grenouillette appelée aiguë* (1).

Si, au lieu d'être instantanée et complète, l'oblitération s'effectue lentement et par degrés, on comprend qu'une partie de la salive continuant d'être versée à l'intérieur de la bouche, la dilatation de son conduit s'opère graduellement et qu'il puisse ainsi arriver à un degré considérable d'ampliation en dehors de toute pression capable de susciter des phénomènes apparents d'inflammation. N'est-ce pas un résultat semblable que l'observation constate chaque jour pour tous les autres appareils de sécrétion lorsque le cours naturel des produits qu'ils élaborent est plus ou moins complétement intercepté ? J'ajouterai qu'en interrogeant avec soin plusieurs individus affectés de grenouillette volumineuse et indolore, j'ai reconnu que souvent, au début, elle avait présenté des caractères évidents d'inflammation. Il arrive dans ce cas ce qui se passe dans la plupart des faits pathologiques qui nous apprennent que la symptomatologie offre des variations correspondant aux phases diverses de la maladie et subordonnées aux modifications anatomiques ou vitales qui s'opèrent dans les tissus où elle siége.

On a produit un argument tiré de la structure du conduit de Warthon et du volume quelquefois considérable de la grenouillette, pour nier que celui-ci puisse en être le siége. A cette objection je me bornerai d'abord à opposer les paroles d'un savant professeur auquel ses travaux en anatomie normale et en anatomie pathologique confèrent une incontestable autorité : « Le » conduit de Warthon, dit ce professeur (2), est remarquable, » 1° par le peu d'épaisseur de ses parois, aussi est-il affaissé » comme une veine ; 2° par son calibre qui est plus considérable

(1) *Traité de pathologie*, t. IV, p. 81.
(2) *Traité d'anatomie descriptive*, t. III, p. 81.

» que celui de Sténon ; 3° par l'extensibilité de ses parois, en » sorte que ce canal acquiert quelquefois un volume énorme ; » 4° par sa situation au voisinage de la muqueuse qui explique » pourquoi ce canal dilaté proémine dans la cavité buccale. » M. Cruveilhier est, comme on vient de le voir, on ne peut plus explicite sur la nature de la grenouillette ; pour lui le fait anatomique appelle l'induction pathogénique, l'explique et la justifie ; entre l'un et l'autre il y a une solidarité et un rapport intimes qui n'avaient sans doute point échappé à la sagacité des observateurs qui, comme J.-L. Petit, Lafaye, Louis, Desault, Boyer, Bichat, Sabatier, Faure, Dupuytren, Blandin, et de nos jours MM. Marjolin, Bégin, Laugier et Jobert (de Lamballe), admettent que cette tumeur peut réellement prendre naissance dans les voies salivaires : quant au volume prodigieux qu'elle acquiert quelquefois, comme dans les cas cités par Syme et Marchettis (1), où, après avoir envahi la bouche et la région sous-maxillaire elle descendait au-devant du cou, comprimant la trachée-artère et les carotides, il ne nous paraît pas devoir faire rejeter la même origine. Sans doute, pour répondre péremptoirement à l'objection, il serait désirable que nous eussions la preuve anatomique, mais à son défaut nous invoquerons le raisonnement et l'analogie.

Si l'on rapproche le volume considérable de la tumeur du peu de temps qu'elle a mis à l'acquérir, on sera conduit à reconnaître qu'en général ce n'est pas ainsi que les choses se passent dans un simple kyste ; la nature procède avec plus de lenteur au développement de ce dernier qui, pendant longtemps stationnaire, ne s'accroît d'une manière sensible qu'à l'occasion d'un coup, d'une pression, d'une violence quelconque accidentellement appliquée contre ses parois, dont la vitalité naturelle-

(1) Thèse de M. Bertherand.

ment assez faible se trouve ainsi surexcitée. Dans la grenouillette, au contraire, le progrès rapide et à la fois considérable s'explique par la présence de l'organe sécréteur dont l'activité fonctionnelle non interrompue, souvent même accrue, détermine l'ampliation de la tumeur par la nouvelle quantité de liquide qui y est incessamment versée. C'est là ce qu'on observe dans d'autres faits pathologiques qui ont beaucoup d'analogie avec celui dont nous nous occupons et dont le siége est à l'intérieur des conduits excréteurs de la glande mammaire. Sans parler des kystes séreux dont sir B. Brodie y a démontré l'existence, je citerai le galactocèle : j'ai le premier démontré anatomiquement, dans un mémoire publié il y a quelques années, à quel degré considérable de dilatation les conduits galactophores pouvaient se prêter (1), j'ai suivi, sur plusieurs d'entre eux, le développement morbide dans ses phases successives, et j'ai constaté la nature de la lésion anatomique correspondant à chacune d'elles. Le résultat de ces recherches a été de me prouver que l'extensibilité des parois de ces conduits excréteurs peut être portée jusqu'à une limite assez étendue; que celle-ci une fois dépassée il arrive un moment où un travail ulcératif, procédant de l'intérieur à l'extérieur, les perfore et les met en communication avec le tissu cellulaire ambiant. Celui-ci, pressé et distendu par le liquide qui s'y épanche, se continue et se confond bientôt avec les bords de la solution de continuité du kyste, qui se trouve ainsi complétée par une sorte de réparation naturelle. Que l'on généralise cette donnée anatomo-pathologique, pour en faire l'application à toutes les tumeurs liquides ayant leur point de départ à l'intérieur des conduits naturels et l'on sera conduit à reconnaître qu'il existe pour elles une double disposition; l'une primitive, due seulement à la dilatation du conduit;

(1) *Considérations pratiques sur le galactocèle mammaire* (*Bulletin de thérapeutique*, novembre 1844).

l'autre, secondaire ou consécutive, dans laquelle le tissu cellulaire concourt à leur formation. La première est la manifestation du fait morbide à son début, la seconde est la conséquence de ses progrès ultérieurs ; c'est en subordonnant à cette loi de pathogénie le développement de la grenouillette que nous lui donnons pour siége les conduits salivaires, reconnaissant toutefois avec M. le professeur Velpeau et la plupart des chirurgiens, qu'en dehors de ceux-ci d'autres kystes peuvent se produire dans la région hypoglottique.

J'ajouterai que la dilatabilité du canal de Warthon ne repose pas seulement sur la théorie : elle a été mise hors de contestation par les faits. N'a-t-on pas retiré de l'intérieur de ce canal des concrétions calculeuses qui par leur nombre ou leur volume avaient notablement distendu ses parois? Les exemples de ce genre ne sont pas rares dans les auteurs ; je rappellerai seulement que Manget retira sept petites pierres du conduit de Warthon dont elles avaient causé l'énorme tuméfaction (1) ; que Leautaud eut à traiter un individu âgé de trente-sept ans, en proie à une fièvre ardente et à une salivation excessive et se plaignant de douleurs très vives sous la langue. On sentait une masse solide dans cette région. Une incision qui y fut pratiquée mit à nu un calcul du volume d'un œuf de pigeon, grisâtre et très friable (2). Enfin Lafaye parle d'un individu chez lequel les voies salivaires renfermaient huit onces de substance pierreuse ; on comprend à quel développement dans ce cas elles durent nécessairement se prêter.

Il est une observation qui ne peut être passée sous silence lorsqu'il s'agit de déterminer l'origine de la grenouillette, c'est celle qu'a rapportée (3) M. Malcolmson dans un journal an-

(1) *Bibliothèque chirurgicale*, t. III.
(2) *Ancien Journal de médecine de Paris*, t. V.
(3) *Medico-chirurgical Review*, octobre 1848.

glais. Elle vient à l'appui de l'opinion de Ravaton et de Larrey, qui ont admis la possibilité d'un épanchement de salive dans le tissu cellulaire par suite de la rupture des canaux excréteurs, les aréoles du tissu sous-muqueux se convertiraient alors en véritable kyste.

OBSERVATION.

Un enfant âgé de neuf ans, de mauvaise constitution, présentait une tumeur énorme au cou, s'étendant d'une oreille à l'autre, passant sur les angles de la mâchoire et se prolongeant jusqu'au sternum, où elle pendait et pouvait être relevée avec les mains; sa consistance était molle et fluctuante; le mal avait commencé depuis un an, au-dessous de la mâchoire, à gauche du menton, et avait augmenté par degrés dans tous les sens. Avant l'apparition de la tumeur le malade avait quelquefois rendu du pus par la bouche, précisément par l'ouverture du conduit de la glande sous-maxillaire gauche où l'on voyait encore une cicatrice déprimée, de 1 ligne de diamètre; c'est par là que la tumeur avait commencé. Il n'y avait pas de gonflement dans la bouche, on sentait seulement une dureté au-dessous de la mâchoire, un peu à gauche; plusieurs escarres se voyaient dans le milieu de la tumeur, produites par des applications d'un cautère actuel. M. Malcolmson a conclu de cet état de choses que probablement les conduits sous-maxillaires avaient été enflammés par l'irritation de quelque dent, et que le passage de la salive en avait été interrompu, d'où un épanchement de ce liquide dans le tissu cellulaire du cou dont la collection avait formé la tumeur. La dissection de cette tumeur a démontré jusqu'à l'évidence que le liquide provenait de la glande sous-maxillaire, et il a fallu extirper celle-ci pour en tarir la source et obtenir l'oblitération du kyste.

On dira peut-être que dans l'observation que nous venons de

rapporter, la rupture du canal de Warthon n'a pas été démontrée anatomiquement ; cela est vrai ; toutefois, l'apparition de la tumeur dans la région sous-maxillaire coïncidant avec une lésion de ce canal, la cicatrice que celui-ci présente à son orifice, l'accroissement si rapide de la maladie, son extension jusqu'au sternum s'effectuant dans l'espace d'une année, enfin la nécessité pour le chirurgien d'extraire la glande sous-maxillaire afin de tarir la source de l'écoulement, ces diverses circonstances justifient la manière de voir de l'auteur et autorisent à la partager.

On a prétendu que l'analyse chimique du liquide contenu dans la grenouillette n'y avait pas trouvé la même composition que dans la salive ; qu'il est privé de sulfocyanure alcalin, tandis que l'albumine y est très abondante : condition inverse de celle que présente la salive. Mais cette assertion est-elle bien exacte? Les expériences à cet égard sont-elles bien authentiques, bien précises, et ont-elles eu réellement pour objet des grenouillettes proprement dites ? Voilà ce qu'il faudrait d'abord établir : mais en supposant que l'analyse ait porté sur une de ces tumeurs, que prouverait-elle contre l'origine que nous lui assignons ? N'est-il pas admis que la nature de tout produit de sécrétion peut se modifier et s'altérer en raison des lésions, soit vitales, soit organiques de l'appareil sécréteur. Il n'est donc pas surprenant que la composition de la salive ne soit plus la même que dans l'état physiologique.

En résumé, la discussion qui précède me semble établir l'insuffisance des motifs mis en avant pour se refuser à admettre l'existence de la grenouillette salivaire. Or, comme une réforme sur un point, quel qu'il soit, de pathologie ne saurait se fonder que sur la démonstration rigoureuse de l'erreur qu'elle a la prétention de détruire, on est autorisé, tant que cette démonstration n'a pas été faite, à conserver et à maintenir une opinion consacrée par l'assentiment des chirurgiens les plus éminents, et en faveur de laquelle militent l'ob-

servation, le raisonnement et l'analogie; je puis même ajouter l'anatomie pathologique, car sur un malade qui succomba à l'hôpital Saint-Louis, cinq jours après avoir subi l'opération de la grenouillette, M. Jobert constate « que les conduits de War-
» thon semblent se terminer au fond du cul-de-sac qui a succédé
» à l'ouverture de la grenouillette; à partir de ce point jus-
» qu'aux papilles sur lesquelles ils devraient s'ouvrir, on n'en
» trouve aucune trace; au conduit du côté droit et au niveau
» de la glande sublinguale est accolé un kyste transparent qui
» contient un liquide citrin, visqueux, filant, épais, que l'on
» ne peut par la pression ni faire sortir par le conduit de War-
» thon, ni même faire couler par aucune autre issue. Ce kyste
» est évidemment formé par un des conduits de la glande sub-
» linguale, oblitéré à son orifice, puisqu'au fond de ce kyste on
» voit d'autres petits conduits qui viennent s'y rendre et lui
» donnent l'aspect des ampoules des conduits galactophores
» sous le mamelon (1). »

En acceptant cette étiologie de la grenouillette, on est logiquement conduit à reconnaître le rationalisme et l'efficacité de la thérapeutique dont les divers procédés, depuis le cautère actuel d'A. Paré jusqu'au double séton de M. Laugier, ont eu bien moins pour objet de détruire et d'oblitérer le kyste que de rétablir le cours de la salive au moyen d'une ouverture artificielle et permanente. C'est à cet ordre de moyens que se rapporte celui dont je me propose maintenant de vous faire connaître les résultats dans deux circonstances où j'ai été appelé à en faire l'application : j'entends parler du procédé stomatoplastique de M. Jobert auquel j'ai fait subir une utile modification. Le premier fait s'est passé il y a plusieurs années, je l'extrais textuellement du *Traité d'autoplastie* publié par cet habile chirurgien.

(1) *Traité de chirurgie plastique*, t. I, p. 481.

OBSERVATION.

Grenouillette opérée avec succès par le procédé de M. Jobert modifié.

Mademoiselle Doublet, âgée de vingt-huit ans, vint me consulter le 15 septembre 1844 pour une tumeur qu'elle portait dans la bouche et qui avait commencé à se développer il y a un an. Progressivement accrue, elle occupait le côté droit du plancher de la bouche, limitée en avant par le frein qu'elle repoussait un peu à gauche et s'étendant fort loin en arrière dans la rainure située entre la langue et la mâchoire inférieure : arrondie, tendue, elle dépassait le niveau de l'arcade dentaire et refoulait de bas en haut la langue dont les mouvements étaient ainsi gênés, ce qui rendait la prononciation embarrassée ; il y avait deux mois que la tumeur avait été à deux reprises opérée par incision et toujours sans succès. La seconde fois elle récidiva comme la première, malgré de nombreuses cautérisations faites avec le nitrate d'argent. Le siége de la tumeur, la nature du liquide qui s'écoula aux précédentes opérations, la physionomie symptomatique actuelle, tout rendait le diagnostic certain, j'avais évidemment affaire à une grenouillette en récidive.

Le 1er octobre l'opération fut faite de la manière suivante : Je commençai par aviver dans toute son étendue la surface extérieure de la tumeur par une dissection superficielle qui porta sur la membrane muqueuse sans entamer le kyste lui-même. J'étendis cette dissection le plus loin possible, et j'obtins de la sorte une plaie en nappe du plancher de la bouche qui dépassait la circonférence de la tumeur. Ce premier temps de l'opération fut suivi de l'ouverture du kyste au moyen d'une incision faite dans toute sa longueur et parallèlement au corps de l'os maxillaire inférieur ; le liquide albumineux qui la remplissait s'écoula en abondance. J'introduisis alors l'extrémité du doigt dans la cavité et je par-

vins à m'assurer qu'elle se terminait en *infundibulum* dont le prolongement se faisait en arrière du centre de la mâchoire et dans la direction du conduit de la glande sous-maxillaire. De cette disposition anatomique j'ai conclu que la tumeur était le résultat de la dilatation de ce conduit et non un kyste séreux sans communication avec les voies salivaires : je continuai alors l'opération. Déjà l'incision de la tumeur avait donné deux lambeaux; je divisai le centre de chacun d'eux et j'obtins ainsi quatre lambeaux assez régulièrement triangulaires, libres et flottants dans toute leur étendue de la base au sommet. Je fixai ensuite ces lambeaux, ayant soin d'attendre que l'écoulement de sang fût complétement arrêté. Je renversai donc de dedans en dehors chacun des lambeaux, commençant par les deux qui étaient plus rapprochés de la langue; l'un fut couché dans la rainure sublinguale où le maintinrent deux points de suture, l'autre fut rejeté au delà du frein et fixé de même. J'adoptai ensuite les deux lambeaux antérieurs au plancher buccal. Je n'employai pour ces derniers qu'un seul point de suture passé à leur sommet, tandis que pour les deux premiers, outre que j'en passai un au sommet, j'en plaçai un second sur celui de leurs bords qui se trouvait correspondre au bord saignant de la membrane muqueuse avec laquelle ils se trouvèrent ainsi affrontés.

Le résultat immédiat de cette opération fut de maintenir le kyste salivaire largement ouvert; l'extrémité du petit doigt pouvait y être engagée facilement. Peu d'instants après survint un boursouflement des lambeaux et de la membrane muqueuse au voisinage de ceux-ci, qui dut être attribuée à l'irritation, suite des manœuvres longues et assez difficiles que nécessite la suture. Je prescrivis des lotions d'eau froide.

Le lendemain, 2 octobre, mademoiselle D..... n'a pas souffert, le gonflement des lambeaux n'a pas diminué; leur surface,

d'un rouge rosé la veille, est maintenant d'un rouge foncé. Le boursouflement fait que l'ouverture du kyste est masquée, mais sans être oblitérée, car une sonde de femme portée au point de rencontre de la base des lambeaux ainsi tuméfiés pénètre aisément dans cette ouverture. Je prescrivis un gargarisme aluminé.

Le 3, mademoiselle D..... a retiré deux points de suture qu'elle a sentis libres dans sa bouche. Je détruis avec la sonde des adhérences qui se sont établies à la base des lambeaux, et je cautérise énergiquement avec le crayon de nitrate d'argent, dans toute son étendue, le tissu muqueux tuméfié et enflammé.

Le lendemain, nouvelle cautérisation des lambeaux, en ayant soin de m'éloigner du point central correspondant à l'ouverture du kyste où j'introduis de nouveau la sonde.

Pendant huit jours, nouvelles cautérisations qui eurent pour résultat de produire l'affaissement des lambeaux, en même temps que l'orifice de communication du kyste salivaire avec l'intérieur de la bouche devenait plus apparent chaque jour.

Cinq semaines après l'opération on pouvait regarder le succès comme assuré.

J'ajouterai que le sujet de l'observation qui précède a été présenté à la clinique de M. Jobert et à la Société médicale du Temple, six mois après son opération ; que depuis cette époque j'ai eu de ses nouvelles à plusieurs reprises et que la guérison n'a pas été un seul instant compromise. J'ai pu m'assurer que le plancher de la bouche n'est pas plus élevé d'un côté que de l'autre; qu'il existe sous la langue une ouverture elliptiforme, limitée par le tissu muqueux légèrement tendu sur ses bords, pouvant admettre sans peine l'extrémité d'un petit stylet olivaire. Par cette ouverture on voit couler par une sorte de mouvement alternatif un liquide clair, limpide, transparent, tout à fait semblable à la salive. J'ai voulu m'assurer de la perméabilité de l'orifice du conduit de Warthon, mais je n'ai pu y in-

troduire le stylet le plus délié ; le cours de la salive par une voie artificielle expliquerait sa complète oblitération en supposant qu'elle ne fût pas entière lorsque la malade a été opérée.

Quant à la modification que j'ai cru devoir faire subir au procédé ingénieux de M. Jobert, j'y ai été conduit en recherchant les raisons de plusieurs insuccès dont son application avait été suivie en ma présence : ces insuccès m'ont paru tenir à l'étroitesse de l'ouverture du kyste lorsque la membrane muqueuse est avivée dans une trop petite étendue et que son renversement d'un côté et de l'autre est nécessairement très limité. C'est donc à ouvrir le plus largement possible la tumeur, afin de ne pas la voir s'oblitérer consécutivement par le rapprochement des lambeaux à leur base, que le chirurgien doit surtout s'appliquer. Or il est évident qu'en disséquant la surface muqueuse du kyste plus au loin et en taillant dans sa paroi quatre lambeaux que l'on peut renverser avec facilité ; l'indication dont je parle se trouve mieux remplie qu'en ne pratiquant qu'une simple incision dont les bords représentent les deux côtés d'une boutonnière et sont retenus à chacune de leurs extrémités, disposition qui s'oppose à ce qu'ils puissent prêter au déplacement qu'on veut leur imprimer.

On a vu, et cela vient encore à l'appui de la remarque qui précède, que bien que l'ouverture du kyste fût considérable chez le sujet de notre observation, le gonflement inflammatoire des lambeaux et leur rapprochement qui en fut le résultat, faillirent l'oblitérer et faire ainsi échouer l'opération. On évitera ce danger en détruisant les adhérences qui tendent à s'établir, et en dilatant chaque jour l'ouverture jusqu'à ce que l'affaissement et le retrait des tissus qui limitent sa circonférence rendent cette précaution inutile.

DEUXIÈME OBSERVATION.

Grenouillette opérée avec succès par le procédé stomatoplastique. — Stomatite consécutive. — Tumeur semblable développée du côté opposé. — Résultat définitif.

Au mois de juillet 1848, M. B..., âgé de trente-quatre ans, vint me consulter pour une grosseur qu'il portait sous la langue à droite du frein et qui le gênait en mangeant et en parlant. Il y a cinq mois qu'il s'aperçut d'un léger gonflement dans le lieu indiqué. « En portant le doigt dans la bouche, je sentais, dit-il, » une grosseur allongée ayant la forme d'une amande, peu ré- » sistante, ayant de la mollesse, et de temps en temps un peu » douloureuse ; j'y fis peu attention, croyant que cela se dissipe- » rait ; pendant assez longtemps la grosseur me parut alternati- » vement plus grosse et plus petite, mais elle ne s'effaça jamais » complétement. »

Depuis une quinzaine de jours elle a acquis un accroissement notable, elle a plus que triplé de volume ; actuellement elle a la forme et les dimensions d'un œuf de poule, sa grosse extrémité répond au frein qu'elle repousse légèrement à droite ; elle se prolonge en arrière dans la direction du corps de la mâchoire. La membrane muqueuse est tendue, elle a une couleur rouge bleuâtre ; la pression y constate une fluctuation évidente. La région sous-maxillaire tuméfiée est douloureuse au toucher ; par son siége et sa forme la tuméfaction m'a paru dépendre d'un accroissement de volume de la glande. A ces caractères il était facile de reconnaître une grenouillette ; en conséquence, je proposai à M. B... l'opération, qu'il accepta. Pratiquée par le procédé que j'ai exposé dans la première observation, elle n'offrit rien de particulier, sinon deux syncopes successives qui me forcèrent d'interrompre la suture des lambeaux et rendirent très

très difficile ce temps de l'opération. Le liquide contenu dans la tumeur était séro-albumineux.

Les jours suivants j'eus soin d'introduire une sonde de femme dans l'ouverture circonscrite par les lambeaux, et de cautériser avec le nitrate d'argent les tissus tuméfiés. A la suite de cette cautérisation, il survint une stomatite partielle et bornée à la région sublinguale. M. B..., que je n'avais pas vu depuis deux jours, vint me trouver fort alarmé, disait-il, de voir le mal se reproduire du côté opposé. En examinant la bouche je reconnus qu'il ne se trompait pas; il existait en effet à gauche du frein un gonflement notable, le plancher de la bouche y était soulevé par une tumeur allongée et la membrane muqueuse atteignait presque le bord des gencives; cette tumeur tendue, rénitente, était douloureuse au toucher; la région sous-maxillaire correspondante l'est également, il y existe une tuméfaction appréciable : je prescrivis des lotions émollientes, un peu plus tard astringentes; j'ordonnai des bains de pieds sinapisés et un purgatif salin. Au bout de quelques jours l'inflammation avait entièrement disparu, et avec elle la tumeur sublinguale s'effaça pour ne plus reparaître. Quant au résultat de mon opération, il ne fut nullement compromis par cette petite complication; à mesure que l'affaissement des lambeaux eut lieu, l'ouverture du kyste se dessina davantage; je dois dire que pendant plusieurs jours elle montra une grande tendance à se fermer; pour éviter son occlusion, j'appris à M. B... à y introduire soir et matin un stylet olivaire. Malgré cette précaution, le liquide, qui était toujours épais et un peu filant, séjournait en partie dans le kyste, qui se trouvait ainsi de nouveau légèrement distendu. Dans l'appréhension de ne pouvoir obtenir une cure radicale, je songeais à y passer un séton, mais M. B... voulut attendre et continua à pratiquer l'espèce de cathétérisme que je lui avais recommandé; quinze jours plus tard il vint m'apprendre qu'il

était complétement guéri; depuis cinq jours il avait cessé de faire usage du stylet, et le liquide devenu limpide coulait librement à l'intérieur de la bouche. En examinant celle-ci, on voit qu'il n'existe aucun gonflement, on remarque sous la langue une dépression au centre de laquelle il y a un petit hiatus par lequel suinte le liquide. Pendant quatre mois que j'ai pu suivre M. B..., les choses demeurèrent dans le même état. Je sais que depuis cette époque la tumeur ne s'est pas reproduite.

Cette observation, en témoignant de l'efficacité du procédé autoplastique de M. Jobert modifié comme je l'ai dit, confirme en outre l'assertion que j'ai émise, en commençant ce travail, sur l'origine de la grenouillette et sur ses deux formes distinctes, l'une aiguë et l'autre chronique. Son point de départ, en effet, est ici on ne peut plus évident; *la nature a été*, pour ainsi dire, *prise sur le fait*. A quelle autre cause peut-on rationnellement rattacher les accidents que nous avons vus se développer consécutivement à l'opération, si ce n'est au développement du conduit de Warthon dont l'orifice s'est trouvé subitement obstrué par l'inflammation traumatique de la membrane muqueuse. Le siége du gonflement, la forme qu'il affecte, son apparition instantanée, la tuméfaction et la sensibilité de la région sous-maxillaire coïncidant avec lui, puis la prompte cessation des accidents en même temps que la tumeur sublinguale disparaît, tous ces divers symptômes établissent un rapport de causalité et d'effet qui me paraît ne laisser aucun doute sur l'origine et la nature de l'état pathologique. Quant au fait morbide primitif qui nécessita l'opération, la meilleure interprétation que je puisse en donner se trouve dans l'exclamation de M. B... lui-même qui, en présence de la tumeur secondaire, dit : « C'est » ainsi que ma maladie a commencé à droite. » Or s'il y a identité symptomatique dans les deux cas, et si pour l'un la dilatation du conduit salivaire est démontrée, on est logiquement conduit à l'admettre aussi pour l'autre.

DEUX CAS REMARQUABLES

DE

KYSTES HYDATIQUES DE L'ABDOMEN

CONSIDÉRÉS AU POINT DE VUE CHIRURGICAL,

Par le docteur G. GOYRAND,

Chirurgien de l'hôpital d'Aix, Membre correspondant de l'Académie de médecine de France, de la Société de chirurgie de Paris, etc.

Les faits qui font le sujet de ce travail paraîtront, peut-être, au premier abord, étrangers à la spécialité de la Société de chirurgie. En effet, la description de kystes hydatiques de l'abdomen, qui occupe une large place dans les livres qui traitent des maladies internes, est généralement négligée dans les traités de chirurgie; cependant, c'est par des moyens chirurgicaux qu'on arrive à établir le diagnostic de cette affection, c'est par les moyens chirurgicaux qu'on la guérit. C'est donc à tort que les chirurgiens l'on négligée, et je ne connais pas de juge plus compétent de la question dont je m'occupe, aujourd'hui, que la Société à laquelle j'ai l'honneur de soumettre ces observations.

OBSERVATION PREMIÈRE.

Trois kystes hydatiques du foie s'ouvrant spontanément, le premier (1833) dans les bronches, le second (1845) dans l'estomac, et le dernier (1848) dans l'intestin. Guérison.

M. Augier, homme de 58 ans, nerveux, sec, grêle, actif, intelligent, laborieux, porte au cou les cicatrices d'une affection strumeuse dont il fut atteint dans son enfance.

Il a de plus, depuis la jeunesse, des varices innombrables aux jambes. Les veines sous-cutanées de l'abdomen ont, chez lui,

un très grand développement. Elles forment, de chaque côté, en dehors du muscle droit, un tronc longitudinal plus gros qu'une plume d'oie.

Il y a quinze ans, 1833, M. Augier éprouva, du côté de la poitrine, des symptômes graves qui firent croire à une phthisie. Un jour, après une quinte de toux qui dura plusieurs heures, il rendit par expectoration un grand nombre d'hydatides. Cette expectoration singulière se reproduisit plusieurs fois en quelques jours. A la suite de cette évacuation, M. Augier se rétablit peu à peu.

Douze ans plus tard, 1845, M. Augier éprouva des accidents graves et mal caractérisés : c'étaient des douleurs épigastriques très violentes, des difficultés de digestion, des vomissements fréquents, de la fièvre. Ces accidents duraient depuis plusieurs mois, quand le malade rendit, par des vomissements qui se répétèrent plusieurs fois dans l'espace de quelques jours, un grand nombre d'hydatides, qui toutes arrivèrent crevées et un peu colorées en jaune par la bile. Les accidents se dissipèrent après ses vomissements d'hydatides.

Enfin, le 16 juin 1848, on m'appelle au milieu de la nuit. M. Augier est en proie à des douleurs abdominales atroces, son ventre est ballonné, douloureux à la pression, la souffrance la plus vive est au-dessous de l'hypochondre droit; constipation complète, fièvre. La percussion donne, dans tout l'abdomen, le son clair des anses intestinales distendues par des gaz (diète, trente sangsues au-dessous de l'hypochondre droit, fomentations émollientes sur l'abdomen). La tension du ventre persiste, ainsi que les douleurs et la constipation; il survient quelques vomissements de boissons, de glaires et de bile (lavements émollients d'abord, puis lavements purgatifs sans résultat).

Le 20, selles liquides, abondantes, qui amènent du soulagement. Ces grandes évacuations continuent pendant plusieurs

jours. Elles ont pour effet la cessation des vomissements et des nausées et l'affaissement du ventre. L'exploration de cette cavité donne alors des résultats différents des premiers. Quand le ventre s'est vidé, je distingue au-dessous du foie une tumeur volumineuse, qui se fait sentir à l'épigastre et sous l'hypochondre droit, jusqu'à la hauteur de l'ombilic, présente une surface arrondie et donne un son mat à la percussion.

Je recommande qu'on examine avec soin les matières des déjections, pour voir si elles ne contiennent pas d'hydatides; je les examine moi-même, j'en fais filtrer une grande quantité à travers une toile grossière. Les déjections, tout-à-fait liquides, sont colorées en jaune. Le 24, elles sont toujours très abondantes et ont une odeur repoussante de putréfaction.

Le 26, on me présente des corps solides qui sont restés sur le filtre. Ces corps, arrondis ou oblongs, irréguliers, jaunes à la surface, d'un blanc mat à l'intérieur, consistants, assez difficiles à déchirer, sont de la grosseur de la moitié de la dernière phalange du petit doigt. Divisés avec l'instrument tranchant, ils présentent une substance d'un blanc mat et n'ont pas de cavité. Ces corps me semblent ne pouvoir être autre chose que des hydatides dégénérées.

Ce même jour, le malade me fait remarquer dans la tumeur un singulier bruit de gargouillement. Il produit ce bruit par la succussion, en faisant un mouvement brusque. Ce bruit est comparé par le malade, avec beaucoup de justesse, à celui que ferait un liquide remplissant à moitié une cruche, si on secouait celle-ci. Je produis, moi-même ce bruit par les mouvements imprimés au corps et par une pression brusque. La percussion, exercée alors, donne les résultats suivants : La plus grande partie de la tumeur donne un son mat, mais aux points que l'attitude du malade rend les plus élevés, elle donne un son clair. On y sent l'agitation imprimée au liquide. Ce son clair,

je le rencontre à l'épigastre et en avant de l'hypochondre, quand le malade repose sur le dos; je le trouve au-dessous de la dernière fausse-côte, quand le malade se couche sur le ventre; un peu plus haut, c'est-à-dire à la hauteur des dernières fausses-côtes, quand les pieds, étant appuyés sur le sol, M. Augier fléchit le tronc et se couche sur le ventre, position qui est pour lui la plus commode, et qu'il prend par instinct.

Le cas me semble très clair, nous avons affaire à un kyste du foie, très probablement hydatique, ouvert dans l'intestin; mais l'ouverture est étroite et le kyste ne peut se vider. A travers l'ouverture ont pénétré des gaz intestinaux, et le liquide contenu dans le kyste est en putréfaction.

Le malade est en proie à une fièvre lente; il n'a plus de grandes douleurs, mais une angoisse inexprimable, maigrit rapidement et s'affaiblit. L'appétit est nul, il importe que le liquide s'écoule au plus tôt : là est le salut du malade.

Après quelques jours d'hésitation, je conçois le projet d'inciser le kyste en avant, sous l'hypochondre. Cette incision serait faite en deux temps. Le premier temps consisterait à inciser la paroi du ventre dans toute son épaisseur, pour mettre le kyste à découvert. On attendrait que le kyste adhérât aux bords de l'incision, et quand les adhérences seraient établies, on procéderait à l'ouverture de la poche, second temps de l'opération. Je préférerais cette manière de procéder à l'ouverture par cautérisation, parce qu'elle serait plus expéditive, et que, dans ce cas, il n'y a pas de temps à perdre.

Avant de proposer cette opération, je voulus une consultation. On appela MM. Guérau et Payan. Ces messieurs adoptèrent entièrement mon diagnostic. Ils hésitaient devant l'opération proposée; cependant, on ne pouvait méconnaître le danger que courait le malade, avec cette poche qui ne se vidait qu'en faible partie, et l'avantage qu'il y aurait à la vider complétement et

à faire des injections dans le kyste. Les consultants se rendirent à mon avis, et nous proposâmes l'opération le 27 juin.

Le malade ne s'y refusa pas absolument, mais voulut différer encore. Cependant la fièvre lente persistait, il y avait des selles liquides d'une grande fétidité, mais la tumeur ne se vidait pas; elle resta dans le même état jusqu'au 2 juillet.

A dater de ce moment, les selles, toujours liquides et très fétides, devinrent plus abondantes. En même temps la tumeur devint moins distincte, le gargouillement y fut moins prononcé. Le 6 juillet, gargouillement tout-à-fait nul, son très clair dans tous les points auparavant occupés par la tumeur. En même temps le malade devient un peu moins faible, il peut faire de petites courses en voiture, il a assez d'appétit et digère bien, ses nuits sont bonnes. Ses abondantes évacuations continuent, quoiqu'il n'y ait plus de tumeur appréciable; elles sont formées d'un liquide très fétide, un peu coloré en jaune et contenant une multitude de petits corps amorphes, mous, blanchâtres, qui, écrasés, ont un aspect caséiforme.

Le 7 juillet, les selles toujours aussi abondantes, présentent le même caractère; pas de douleurs, inappétence, faiblesse.

Le 10, sortie de sept ou huit de ces corps arrondis, pleins, d'un blanc jaunâtre, que j'ai observé une fois dans le cours de la maladie.

Le 11, même état. On me montre une selle rendue le matin, qui contient une grande quantité de débris caséiformes. Pouls à 100; inappétence et faiblesse. Le malade éprouve dans l'hypochondre droit une sensation douloureuse, qui augmente s'il se couche sur le côté gauche. Il lui semble alors ressentir un déchirement dans le point douloureux.

Le 12, presque plus d'évacuations liquides.

Le 13, elles ont entièrement cessé.

Le 15, le malade éprouve encore cette sensation de tiraille-

ment et de douleurs dans l'hypochondre droit. Plus de selles liquides.

La douleur de l'hypochondre s'est dissipée peu à peu. M. Augier a eu encore de temps en temps des selles diarrhéiques; cependant l'appétit est revenu, les digestions sont devenues plus parfaites qu'elles n'étaient avant cette dernière maladie, Les forces se sont rétablies, mais assez lentement. Quand M. Augier est resté levé, ses jambes se sont enflées. Cet œdème, encore considérable à la fin d'août, n'empêchait pas le convalescent de s'occuper très activement de ses affaires.

J'ai voulu combattre l'œdème par le bandage compressif; mais M. Augier n'a pas voulu le supporter, et quoiqu'il ne se soit pas soigné, l'œdème s'est dissipé lentement, mais complétement.

Le sujet de cette observation est mieux portant, aujourd'hui, qu'il n'avait été depuis quinze ans (janvier 1850).

Je n'ai fait qu'indiquer la rupture des deux premiers kystes et les accidents qui avaient précédé ces évacuations d'hydatides par l'expectoration et le vomissement. On pourrait peut-être contester la nature hydatique de la dernière poche; en effet, les corps blancs et pleins qui ont été rendus à deux reprises après l'ouverture du kyste dans l'intestin étaient-ils bien des acéphalocystes dégénérés? Je le crois, mais je n'avais jamais vu, je l'avoue, cette dégénérescence des hydatides, et je n'en ai vu nulle part la description; mais ce qui est incontestable, c'est que la grande poche située sous le foie qui a donné lieu aux derniers accidents était un kyste qui s'était enflammé et s'est ouvert dans l'intestin. A partir de ce moment, le diagnostic a été d'une grande précision; c'est alors que se sont présentées les indications chirurgicales, c'est alors que le fait est entré dans le domaine de la chirurgie.

Énorme kyste acéphalocyste de la rate. Ponction exploratrice suivie d'une péritonite grave; ouverture du kyste par incision des couches extérieures et cautérisation des couches profondes de la paroi abdominale; mort par suite de la rétraction trop rapide du kyste, qui s'est détaché du parenchyme de la rate.

M. Rébuffar, homme de quarante-deux ans, sanguin, vigoureux, vivant dans l'aisance, fait une chute en voiture le 28 avril 1847. Il est lancé au loin et se fait plusieurs contusions, une, entre autres, à l'hypochondre gauche.

Il est saigné, des sangsues lui sont appliquées à plusieurs reprises sur l'hypochondre douloureux. Le 2 mars, les douleurs de côté sont bien diminuées, pas de fièvre ni de dérangement fonctionnel quelconque; je cesse de voir le malade.

Le 1er juin, M. Rébuffar me fait appeler de nouveau. Il s'est aperçu que son ventre a grossi; il ne peut boutonner son pantalon sans éprouver de l'oppression.

J'examine l'abdomen, et j'y trouve une tumeur volumineuse, à surface égale, qui, provenant de l'hypochondre gauche, s'étend jusqu'au-dessous de la région ombilicale et dépasse la ligne médiane. Cette tumeur, de forme sphérique, donne partout un son mat à la percussion. Elle n'est pas douloureuse, mais elle est gênante par son volume et son poids. Du reste, le malade est sans fièvre, son teint est naturel, ses urines sont normales, toutes les fonctions sont régulières.

Le malade attribuait la tumeur à la chute; le diagnostic était fort obscur.

Cependant la tumeur augmenta de volume; elle descendit jusqu'à la hauteur de la partie supérieure de la fosse iliaque, dépassa de plusieurs centimètres la ligne blanche, remplit le flanc gauche, souleva sensiblement l'hypochondre gauche, re-

foulant assez haut le diaphragme, ce que je reconnaissais à la matité qui remontait jusqu'au milieu de la hauteur de la poitrine.

Un examen souvent renouvelé me fit reconnaître dans la tumeur une rénitence qui était surtout évidente à quelques travers de doigt au-dessous du bord cartilagineux de la poitrine, ce qui ne me laissa pas de doute sur la présence d'un liquide. Du reste, la tumeur, en grossissant, n'était pas devenue douloureuse, elle n'était que gênante par son poids et son volume.

Le 26 juillet, ponction avec un petit trocart explorateur sur le point le plus saillant et le plus rénitent. C'est en dehors du muscle sterno-pubien gauche. Issue d'un liquide aussi limpide que l'eau la plus pure, j'en extrais quinze grammes au plus. Le liquide n'est pas albumineux; chauffé jusqu'à l'ébullition, il ne se coagule pas, ne se trouble pas, même. Plus de doute pour moi sur la nature de la tumeur; c'est un kyste hydatique.

Immédiatement après cette petite opération, surviennent une syncope, des douleurs épigastriques, des nausées.

Peu d'heures après se déclarent des accidents formidables, une douleur abdominale, augmentant par la moindre pression, des vomissements fréquents.

Arrivé chez le malade à quatre heures du soir, sept heures après la ponction, je le trouve avec un pouls très fréquent et presque imperceptible, la face grippée, des nausées continuelles, des vomissements répétés. La tumeur a beaucoup diminué de volume, n'est plus nettement circonscrite, ne soulève plus l'hypochondre. Dans les points déclives du ventre existe un épanchement caractérisé par une fluctuation distincte et la matité. L'abdomen est le siége d'une douleur très vive, qui est exaspérée par le moindre attouchement, le moindre mouvement du malade. Un érythème général plus prononcé autour des poignets, ayant l'aspect de l'urticaire et accompagné des démangeaisons

les plus vives, s'est manifesté en même temps que les accidents abdominaux (1).

Évidemment nous avons affaire à une péritonite générale imminente, si elle n'est déjà déclarée, et cette péritonite est le résultat de l'épanchement du liquide hydatique dans l'abdomen par la ponction. (Saignée, 25 sangsues; sur l'abdomen, fomentations de mauve et de pavot; potion morphinée, boissons froides, glace à l'intérieur.)

Le 27 juillet, grande amélioration. Le pouls, descendu à 100 pulsations, est résistant; il n'y a plus de vomissements, mais il y a encore des nausées. Le facies est meilleur; l'abdomen, beaucoup moins douloureux, est encore mat et fluctuant aux points déclives. Il y a du dévoiement. (Diète absolue, limonade à la glace, fomentations.)

28. L'amélioration se soutient. La diarrhée continue, l'abdomen est un peu ballonné. Il n'y a plus de nausées, plus de matité ni de fluctuation distincte dans l'abdomen. (Mêmes prescriptions.)

29. L'abdomen est toujours un peu ballonné; la tumeur se reforme, mais elle est loin encore de présenter le volume qu'elle avait avant la ponction. Des douleurs fort importunes se sont manifestées dans la tumeur vers le point ponctionné. Elles obligent le malade à se coucher sur le côté droit et lui interdisent

(1) J'ai observé une éruption semblable chez un homme à qui je fis, il y a quinze ans, une ponction par le rectum, dans un cas de kyste hydatique abdominal descendant fort bas entre la vessie et le rectum et s'élevant dans le ventre jusqu'à la hauteur de l'ombilic. Cette ponction, que je fis dans le but de m'éclairer sur la nature de la tumeur, et par laquelle je ne fis couler qu'une cuillerée d'un liquide parfaitement limpide, incolore et non coagulable, occasionna chez ce malade, comme chez Rébuffar, un grand trouble nerveux, un érythème général ortié. Le malade, très effrayé, voulut sortir de l'hôpital le lendemain de la ponction, et s'en fut à cheval à sa demeure, située à un myriamètre de la ville. J'ai su, plus tard, qu'il était mort quelques jours après la ponction; mais je n'ai pas eu de détails sur les accidents qui ont amené la mort. L'autopsie n'a pas été faite.

tout mouvement. Les selles sont toujours liquides, d'un jaune verdâtre, peu abondantes. Les urines, très colorées, laissent sur les parois du vase un enduit rosacé. (Bouillons.)

30, 31. Même état. (Légers potages.)

1er août. La diarrhée diminue, plus de dépôt dans les urines.

Les dix premiers jours d'août se sont écoulés sans changement notable. Douleurs dans la tumeur, augmentant beaucoup par les mouvements; le malade ne peut rester couché sur les côtés. Appétit presque nul, diarrhée légère, la langue tend à se sécher; elle est jaune, un peu hérissée. Les urines sont peu abondantes et déposent souvent. Il y a de la fièvre, des rêvasseries, même un peu de délire.

En pressant sur la tumeur avec les doigts, je perçois une sensation de frôlement qui paraît résulter du contact de deux surfaces mobiles. Cette sensation, qui a été indiquée comme signe caractéristique des kystes hydatiques, n'était pas appréciable avant la ponction. Elle me paraît résulter de la présence d'un liquide entre le kyste fibreux et l'hydatide-mère, et se produire quand, par la pression, la paroi du kyste est appliquée sur la surface tremblotante de l'hydatide-mère.

Quoi qu'il en soit de la valeur de cette explication, il y a évidemment une inflammation du kyste hydatique. L'indication me semble claire; il faut vider le kyste, mais procéder à cette opération de manière que le contenu de la poche ne s'épanche pas dans le péritoine. Je pense d'abord à l'incision en deux temps, conseillée par M. Bégin, procédé fondé sur les principes si bien établis par M. Vidal (de Cassis); puis à la méthode de M. Récamier, qui consiste à pénétrer avec le caustique; enfin j'adopte un procédé mixte. Mes confrères, MM. Guiran et Omer, et M. le docteur Martin (de Marseille), qui se trouvait accidentellement à Aix, sont de mon avis.

Le 11 juillet, je fais sur le point le plus saillant de la tumeur,

en dehors du muscle sterno-pubien gauche, une incision longitudinale de 6 centimètres, comprenant la peau et la couche adipeuse sous-cutanée; et les bords de cette incision sont tenus écartés.

Le 15, j'applique sur le fond de l'incision un morceau de pâte caustique de Vienne de 2 centimètres et demi de longueur, 8 millimètres de largeur et autant d'épaisseur. Je laisse agir ce caustique pendant quatorze minutes.

Le 17, fièvre moins forte. La diarrhée a cessé depuis plusieurs jours. Le ballonnement est diminué, circonstance qui rend les limites de la tumeur bien distinctes. Les douleurs sont les mêmes dans la tumeur.

Le 19, j'incise l'escarre couche par couche; elle comprend la paroi antérieure de la gaîne fibreuse du muscle droit, quelques faisceaux externes de ce muscle. Bientôt un léger suintement sanguin et la couleur rouge des faisceaux musculaires m'indiquent que j'ai dépassé l'épaisseur de l'escarre. J'excise quelques parties mortifiées, et j'écarte les bords de l'incision avec de la charpie.

Le 20, seconde application du caustique au fond de la plaie. Je laisse la pâte escarrotique pendant quinze minutes.

Le 22, excision de l'escarre produite par la seconde cautérisation. Cette escarre a une épaisseur assez considérable.

Le 23, troisième cautérisation pendant douze minutes.

Le 26, excision de la dernière escarre. J'arrive sur une couche fibreuse à fibres transversales, qui évidemment n'est pas cautérisée.

Le 27, quatrième application du caustique durant douze minutes.

Le 30, j'excise l'escarre, et j'arrive sur un tissu membraneux blanchâtre. Ce fond membraneux de la plaie ne paraît pas cautérisé.

Le 31, je le couvre de pâte caustique que je laisse en place pendant douze minutes. Cette dernière cautérisation ne devient douloureuse qu'après dix minutes; mais à ce moment se manifeste une douleur occupant un espace plus large que la paume de la main, douleur très vive, qui se fait sentir pendant cinq ou six heures.

Je me proposais de pénétrer dans le kyste avec le bistouri trois jours après cette cautérisation; mais le 1er septembre, à dix heures du soir, le plancher de la plaie cautérisé la veille s'éraille, et le liquide commence à s'écouler.

Nous voilà donc arrivé dans le foyer après cinq cautérisations pratiquées en seize jours, et qui n'ont amené aucun accident.

Rébuffar, en proie à une fièvre continue légère, est très amaigri, il a les pieds œdématiés; sa tumeur est le siége de douleurs constantes; il est toujours couché sur le dos et n'exécute qu'à grand' peine quelques légers mouvements d'inclinaison à droite et à gauche. Du reste, toutes les fonctions s'accomplissent assez régulièrement. L'appétit est faible; cependant le malade digère bien les potages légers. Les selles sont molles, mais non liquides; elles sont régulières. Tel est l'état du malade au moment où le kyste s'ouvre.

2 septembre. L'écoulement du liquide a continué toute la nuit. Le lit a été traversé, et le liquide, de nature séro-purulente, s'est répandu en grande quantité sur le plancher. Aussi la tumeur est affaissée, le ventre est aplati, l'hypochondre n'est plus soulevé, la cavité thoracique gauche est devenue sonore dans ses trois quarts supérieurs.

J'incise crucialement l'escarre du fond de la plaie. Je vois s'écouler encore une grande quantité de pus séreux, entraînant sept ou huit hydatides entières ou déchirées, de différentes grosseurs. Je termine cette séance par un lavage de la poche avec le clysopompe. (Trois potages, bouillons.)

L'après-midi, nouvelles injections. Trois ou quatre hydatides s'échappent. L'ouverture me semble insuffisante pour laisser passer les hydatides. J'y place une éponge préparée.

Le 3, l'éponge est retirée; l'ouverture élargie donne une assez grande quantité de pus séreux. Les injections entraînent encore quelques petites hydatides entières ou crevées. La tumeur se réduit beaucoup et se rétracte dans l'hypochondre. Il en résulte que le trajet qui conduit dans le kyste, et qui était direct, est maintenant très oblique en haut. Le malade ne souffre plus et se trouve très bien.

Le 4, l'obliquité du trajet est encore augmentée. Le ventre est plat, déprimé sous le bord cartilagineux de la poitrine. La percussion du côté gauche du thorax donne un son presque normal. La tumeur s'est retirée bien en deçà de la ligne blanche, et ne descend guère au-dessous de l'ombilic. Le liquide injecté ne sort pas librement. Je plonge une pince à polype dans le kyste, et je charge et retire successivement quatre ou cinq larges lambeaux d'une grande hydatide à parois épaisses. Ce sont évidemment des portions de l'hydatide-mère. Après l'extraction de ces lambeaux d'hydatide, je fais une nouvelle injection qui pénètre et sort librement. L'état général est parfait, le malade est sans fièvre, l'appétit renaît. On donne des potages plus copieux.

L'après-midi, j'extrais encore plusieurs portions de l'hydatide-mère. Nouvelle injection. Je laisse la poche pleine d'eau, et j'introduis, comme à l'ordinaire, une grande mèche. Le malade mange son dernier potage à six heures du soir. A neuf heures et demie, il éprouve un malaise général, des nausées, et ne dort pas la nuit.

Le 5, à sept heures du matin, je le trouve dans un frisson violent, la face très altérée, le pouls très fréquent; il a encore quelques nausées, se plaint de tranchées, de fortes douleurs

lombaires. (Infusion de tilleul. Vers la fin de la matinée, lavement suivi d'une selle.)

L'après-midi, pouls à 140. Les nausées ont cessé; mais il existe des douleurs abdominales qui augmentent sous une pression un peu forte, des tranchées et des douleurs lombaires; veines rouges. J'extrais encore quatre grandes portions de l'hydatide-mère. Un de ces lambeaux, plus épais, rougeâtre, présente à sa surface concave des granulations confluentes, dont le volume varie de celui d'un grain de millet à celui d'une lentille. (Injection dans le kyste, que je laisse plein d'eau tiède, après l'avoir lavé; mèche dans le trajet, fomentations émollientes sur l'abdomen; bouillon à petites doses; julep morphiné le soir.)

Le 6, pouls à 126; le matin, à 140; le soir, très petit; persistance des douleurs abdominales; facies toujours très altéré; l'injection entraîne encore deux hydatides crevées, grosses comme des œufs de poule, et quelques petits lambeaux de l'hydatide-mère. (Bouillons; fomentations; julep avec 30 grammes de sirop de morphine.)

Le 7, douleurs abdominales un peu moindres; pouls à 140; sueurs; veines peu abondantes et troubles. La plaie est sèche et exhale une odeur gangréneuse. L'injection entraîne encore deux hydatides, dont une petite entière et l'autre plus volumineuse et crevée. (Bouillon, extrait de quinquina, grammes, 0,2, de deux heures en deux heures.)

Le 8, abdomen peu ballonné, douloureux seulement à la pression, pas de selles depuis deux jours. Odeur de gangrène repoussante; même état du pouls, même aspect de la face. (J'injecte dans la poche une décoction de quina chlorurée; on continue l'usage de l'extrait de quina; bouillons.)

Le soir, vomissements fréquents, mais peu abondants; hoquet, abdomen ballonné, anxiété, soif vive, langue sèche, facies très mauvais, traits allongés, peau terreuse, yeux caves, pouls

à 124, encore plus petit que les jours précédents. (Injection de quina chlorurée; les boissons sont remplacées par des fragments de glace, que le malade laisse fondre dans sa bouche; bouillon froid par cuillerées; une pilule avec extrait aqueux d'opium, 6 centigrammes.)

Le 9, plus de vomissements; mais hoquet fréquent, soif vive, langue sèche et hérissée; même état du pouls. (Bouillon par cuillerées, glace, sirop de quina par cuillerées à café.)

Le 10, l'état du malade est plus fâcheux encore. Le 11, à ma visite du matin, sueur froide, fréquence et faiblesse excessive du pouls, anxiété extrême, odeur gangréneuse insupportable. Mort à trois heures après midi.

Autopsie le 13 septembre, quarante-deux heures après la mort. Marasme, décomposition avancée, emphysème du côté droit du cou, tension de l'abdomen. La plaie est grisâtre, couverte d'une escarre superficielle; le trajet qui conduit au kyste est très oblique en haut.

Pour conserver les rapports des parties, j'ouvre en même temps l'abdomen et la poitrine, en circonscrivant la paroi antérieure de ces cavités par une grande incision ovale. Je scie la pièce supérieure du sternum et les côtes, et je détache la paroi du thorax de haut en bas et celle de l'abdomen de bas en haut.

Abdomen.—Dans les régions hypogastrique et ombilicale, nous trouvons le grand épiploon uni aux anses superficielles de l'intestin, celles-ci unies entre elles par des adhérences celluleuses encore peu résistantes, peu anciennes. Les parties ainsi réunies ne sont pas injectées, pas enflammées. Le péritoine qui tapisse la paroi antérieure de l'abdomen est sain aussi; mais, en séparant les parties de l'intestin grêle qui s'offrent les premières à la vue, nous trouvons profondément à l'hypogastre et dans la fosse iliaque gauche, jusqu'au-dessous de la poche que nous étudierons tout à l'heure, des portions de l'intestin vivement

injectées et collées entre elles par des fausses membranes jaunâtres, puriformes.

Thorax.—La convexité du diaphragme s'élève à peu près à la même hauteur dans les deux cavités thoraciques; mais les deux poumons présentent un aspect bien différent. Tandis que le droit, parfaitement sain, est très volumineux, pâle, le gauche, aplati, attaché par toute sa surface aux parois de sa cavité par des liens celluleux solides et anciens, un peu engoué à son bord postérieur, n'a pas plus d'un tiers du volume du poumon droit.

Après avoir ainsi examiné les viscères thoraciques et abdominaux, je détache la paroi abdominale dans tous les sens, jusque vers l'ouverture qui conduit au kyste. Pour arriver là, je n'ai qu'à détruire quelques adhérences insignifiantes. Je puis alors examiner le kyste et l'organisation de l'ouverture que j'y ai pratiquée avec le caustique.

L'hypochondre gauche est entièrement occupé par une poche molle et dépressible, qui adhère intimement à ses parois. L'ouverture pratiquée par le caustique passe au milieu d'une adhérence celluleuse solide et bien organisée, qui unit intimement la paroi abdominale à la poche dans une étendue de 6 centimètres de haut en bas, et de 3 ou 4 centimètres d'un côté à l'autre. Le grand épiploon est traversé par cette ouverture. Parfaitement sain autour des adhérences, il est entièrement confondu avec les liens celluleux qui les constituent. Ces adhérences, beaucoup plus solides et mieux organisées que celles que nous avons trouvées dans d'autres points du ventre, établissent une voie de communication continue, complète et bien organisée, de la cavité du kyste à l'extérieur.

J'incise la poche de haut en bas; je la trouve creusée dans la rate, dont le parenchyme, condensé par la compression, est cependant très reconnaissable. La rate est disposée en une sphère creuse, dont les parois, épaisses de 12 ou 14 millimètres

à la partie supérieure de l'hypochondre, vont s'amincissant de ce point au point opposé de la poche. Le parenchyme splénique, encore assez épais dans l'endroit où la poche a été ouverte, est reconnaissable dans tous les points. L'épiploon gastro-splénique n'existe plus. Le grand cul-de-sac de l'estomac adhère immédiatement à la rate dilatée. La scissure de ce dernier organe est tout à fait effacée.

La cavité intra-splénique est encore assez grande pour contenir la tête d'un enfant de trois mois. La surface de cette cavité présente un aspect inégal, varié. Dans certains points, ce sont des taches brunâtres; dans d'autres points, il y a des escarres superficielles, des concrétions purulentes. Cette cavité contient un liquide purulent, brunâtre et fétide, et une hydatide crevée du volume d'une noix ; elle communique librement à l'extérieur par l'ouverture qui a été pratiquée à la paroi du ventre par le caustique. Sur la paroi interne de cette cavité, au point correspondant à la colonne vertébrale, est un corps piriforme, jaunâtre, aplati, obliquement dirigé en bas vers l'ouverture de la paroi du ventre. Je l'incise : c'est le kyste hydatique qui, dans sa rétraction, s'est détaché de tous les autres points de la cavité creusée dans la rate. Ce kyste est formé d'un tissu fibreux très élastique. Ses parois ont une épaisseur considérable (4 ou 5 millimètres); sa capacité est réduite à ce point qu'il contiendrait à peine deux cuillerées d'eau. Il s'insère dans l'ouverture de la paroi abdominale par un prolongement en forme de goulot, et s'ouvre ainsi au dehors. Le tissu cellulaire qui l'unit encore au parenchyme de la rate se laisse facilement déchirer.

Le foie est volumineux et pâle, les reins ne présentent aucune altération.

Tels sont les différents désordres que nous a présentés cette autopsie ; tâchons de les interpréter.

D'abord, la solidité des adhérences de la poche formée par

la rate avec les parties contiguës, le développement anormal du poumon droit, qui suppléait le gauche, réduit par la compression à un si petit volume, la solidité et l'étendue des adhérences qui unissaient celui-ci aux parois de la cavité thoracique gauche : toutes ces circonstances ne laissent pas de doute relativement à l'ancienneté du kyste; et si la chute a eu quelque influence sur la maladie, il est évident qu'elle n'a fait qu'en accélérer le développement.

Les adhérences qui unissaient les anses superficielles de l'intestin grêle entre elles et avec le grand épiploon, adhérences celluleuses, mais encore peu résistantes, étaient sans doute la conséquence de la péritonite générale qui survint à la suite de la ponction exploratrice.

La mort a été occasionnée par le déchirement des liens celluleux qui unissaient le kyste hydatique au parenchyme de la rate, décollement d'où est résultée une vaste plaie dans le centre de la rate; mais comment s'est fait ce déchirement? La rate dilatée était fixée par des adhérences très solides aux parois de l'hypochondre. Le kyste hydatique, formé d'un tissu fibreux élastique, était uni au parenchyme splénique par un tissu cellulaire assez lâche. La force de rétraction du kyste étant très grande, le retrait de cette poche a été très rapide; les adhérences solides de la surface extérieure de la rate dilatée aux parois de l'hypochondre ont résisté. Le kyste, en se rétractant, a déchiré les liens peu résistants qui l'unissaient au parenchyme splénique. On ne pouvait ni prévoir ni prévenir ce décollement, qui devait nécessairement entraîner la mort.

Enfin, la péritonite aiguë dont nous avons trouvé les traces dans les parties profondes de l'abdomen, surtout à gauche, où elles s'élevaient jusqu'à la poche formée par la rate, s'est développée par extension de l'inflammation de la cavité splénique. La situation profonde de cette péritonite partielle explique le

siége des douleurs, que le malade rapportait autant aux lombes qu'au bas-ventre, et qui n'augmentaient que faiblement sous la pression.

L'état de Rébuffar s'était tellement amélioré avant le moment où eut lieu le décollement du kyste, et la rétraction de cette poche a été si rapide, qu'on peut affirmer que, si les tissus dans lesquels le kyste hydatique s'était développé eussent pu suivre la poche fibreuse dans son rapide retrait, le malade eût été sauvé, et la guérison eût même été très prompte.

Maintenant apprécions la valeur des moyens chirurgicaux que nous avons employés, et d'abord la ponction exploratrice.

Cette ponction est assez généralement regardée comme peu dangereuse. Elle a été faite avec un trois-quarts très délié, et suivant les règles de l'art. Voyez cependant quelles en ont été les conséquences :

1° Un épanchement de liquide hydatique dans le péritoine et une péritonite aiguë qui aurait bien pu être mortelle;

2° Une inflammation du kyste hydatique, qui pouvait aussi entraîner la mort avant toute autre opération, mais qui, dans le cas actuel, a nécessité une opération qui a été suivie de la mort.

Il faut donc qu'on cesse de considérer comme inoffensives les ponctions exploratrices des kystes abdominaux.

La cautérisation, comme moyen d'ouvrir le kyste, a eu, dans ce cas, un succès complet. Ce fait est très favorable à la méthode de M. Récamier. Nous voyons en effet l'ouverture ainsi pratiquée à travers la paroi du ventre, l'épiploon et le parenchyme de la rate, contenue au milieu d'une adhérence péritonéale solide qui la dépasse en tous sens de 2 centimètres, et ce beau résultat a été obtenu en seize jours.

RECHERCHES

SUR LA

GANGRÈNE SPONTANÉE

APPELÉE

GANGRÈNE SÉNILE,

Par M. CHASSAIGNAC,

Chirurgien de l'hôpital Saint-Antoine.

Lu à la Société de Chirurgie, dans la séance du 11 novembre 1849.

Il est difficile à un seul praticien d'avoir, au sujet de la gangrène sénile, une expérience personnelle fort étendue. Cette affection, en effet, sans être excessivement rare, ne se présente pas assez souvent pour que le même observateur puisse en réunir un grand nombre de cas, à moins qu'il ne soit placé pendant longtemps dans un hospice de vieillards. Ce que l'expérience individuelle est insuffisante à fournir doit résulter d'un ensemble d'observations recueillies à diverses sources; c'est donc un devoir, pour chacun de ceux à qui il est donné d'observer des cas de cette maladie, de les faire connaître avec le plus de détails possible, afin que nous puissions arriver enfin à posséder une histoire générale complète de cette variété curieuse de gangrène. C'est dans ce but que je me propose de soumettre à la Société de chirurgie deux cas fort remarquables de gangrène sénile qui se sont présentés à mon observation à plusieurs années de distance, l'un en 1843, à l'hôpital de la Charité, pendant que j'y faisais le service en l'absence de M. Gerdy; l'autre en 1849, à l'hôpital Saint-Antoine. Ces deux cas observés avec soin pendant la vie, et tous deux accompagnés de la description anatomique des lésions examinées après la

mort, nous ont paru dignes d'intérêt par les circonstances suivantes. Chez l'un des malades, il y a eu, douze jours durant, suspension des battements dans toutes les artères du corps, les carotides exceptées. Chez l'autre, une amputation de jambe pratiquée pour la gangrène sénile, qui avait débuté par le pied, a été suivie d'une récidive de gangrène dans le moignon, et a donné lieu pour nous à cette conséquence pratique que si l'on ampute pour un cas de gangrène sénile, on ne doit le faire qu'à la hauteur où les battements artériels sont nettement perceptibles. Ce ne sont pas les seuls enseignements qui résultent des observations que nous allons rapporter, mais qu'il nous suffise de cette simple indication avant d'avoir fait connaître le texte même de ces observations.

OBSERVATION.

Gangrène de l'avant-bras droit chez un homme de cinquante-sept ans. Altérations notables et multipliées dans les cavités gauches du cœur et dans le système artériel. Cessation du pouls dans toutes les artères, moins les carotides, durant douze jours

Au n° 28 de la salle Saint-Jean fut placé le nommé Chevallier (Denis), âgé de cinquante-sept ans, pêcheur à l'île Saint-Denis. Sa taille est de 1 mètre 60 centimètres; il est assez bien musclé; les cheveux et la barbe sont noirs, la peau brune.

Cet homme, entré à l'hôpital de la Charité, où il a été conduit par ses deux fils, le 29 septembre 1843, à trois heures et demie du soir, présente le 30, à la visite du matin, un sphacèle complet de la main droite, d'une grande partie de l'avant-bras droit, jusqu'à la réunion du tiers supérieur avec les deux tiers inférieurs. Le bras du même côté offre, dans la moitié inférieure de sa longueur, une tuméfaction assez considérable modérément douloureuse à la pression, avec rougeur de la peau.

Le malade peut imprimer encore un léger mouvement de

soulèvement au bras gangrené. Le membre thoracique du côté opposé ne présente pas la moindre lésion ; mais il a subi un abaissement notable de température : le pouls y est complétement éteint à la radiale ainsi qu'à l'humérale. On sent encore des deux côtés celui de la carotide; mais aux membres inférieurs, qui, du reste, ont conservé dans toute leur étendue une bonne température, on ne trouve le pouls d'aucune artère, pas même de la crurale. On ausculte avec soin la région du cœur, et l'on entend un bruit de lime à chaque contraction du ventricule gauche; ce bruit ressemble un peu au murmure de la tourterelle, mais comme étouffé et très faible. Il y a des irrégularités notables et des intermittences dans les battements des diverses parties du cœur.

Interrogé sur les circonstances qui ont précédé la maladie dont il est atteint aujourd'hui, il dit que c'est seulement il y a huit jours, et en spécifiant bien exactement le samedi (nous sommes au samedi), qu'il a ressenti sans aucune cause appréciable, deux heures après avoir mangé avec son appétit ordinaire, un engourdissement de la main droite avec perte à peu près instantanée des mouvements et de la sensibilité. Il se trouvait alors dans son bateau avec deux autres personnes qui l'aidaient à pêcher. Transporté immédiatement chez lui, il resta au lit sans faire aucun remède. Trois jours après, la mortification envahit la presque totalité de la main et s'étendit graduellement à l'avant-bras.

Cet homme est habituellement d'une bonne santé, il mène une vie très active, et ne fait ordinairement d'excès d'aucun genre.

Quoiqu'il réponde à nos questions d'une manière intelligente et suivie, il le fait néanmoins avec lenteur. Il y a chez lui une certaine torpeur, une sorte d'engourdissement cérébral. Il ne paraît ni étonné ni chagriné de l'état dans lequel il se trouve. Il

semble, du reste, en ignorer totalement la gravité, et se figure que les scarifications faites par des élèves avec une lancette, dans le but de savoir jusqu'où la sensibilité est éteinte, ont pour objet de faire revenir à leur état ordinaire la main et l'avant-bras.

Selles et urines naturelles ; soif modérée ; pas de vomissement. Prescription : 120 grammes de vin de Bagnols ; 2 grammes de sulfate de quinine. Un bouillon. 500 grammes de poudre d'alun et de quinquina, en parties égales, pour couvrir la portion gangrenée qui est légèrement humide.

Le 1er octobre, point de changement. Deux heures d'un sommeil agité et interrompu. La langue est blanche et humide ; les yeux sont vifs. Même traitement.

Le 2, pas plus que les jours précédents, on ne peut sentir le battement des artères, excepté celui des carotides, qui semble plus fort. La respiration se fait librement. Le ventre est souple. L'intelligence paraît bien plus nette. MM. Velpeau et Rayer, qui examinent séparément le malade, constatent les particularités ci-dessus mentionnées. Même traitement.

3.—Les artères ne donnent aucun battement, mais il semble qu'elles soient pleines. Il y a au cœur un bruit de souffle très prononcé. Le ventre n'est ni tendu ni douloureux. L'intelligence se conserve. Deux heures de sommeil cette nuit. Lavement purgatif ; les autres prescriptions restent les mêmes.

4.—Le lavement purgatif a produit des évacuations abondantes de couleur noirâtre. Le malade, qui n'a point dormi pendant la nuit, a pleuré longtemps. Ce matin il nous dit qu'il ne souffre pas. Il s'est levé hier, sans aucun aide, pour aller uriner à un bassin qui se trouve à dix pas de son lit. Il a regagné son lit en soutenant de l'autre main son bras malade. Depuis hier la gangrène s'est étendue jusqu'au pli du bras. La partie qui était déjà gangrenée n'a plus une teinte verdâtre, comme les premiers

jours, elle est devenue noire et sèche. Le malade ne peut plus imprimer de mouvement à l'avant-bras. Il éprouve un sentiment de brûlure à la partie inférieure du bras, qui est rouge et tuméfiée. On remarque que la région du cœur est le siége d'une voussure remarquable. Le bruit de souffle est toujours très prononcé; les battements sont précipités et intermittents. Le pied droit a subi un abaissement notable de température; les orteils sont froids. 400 grammes de vin de Bagnols. 2 grammes de sulfate de quinine et deux bouillons.

Le 6, même état. Le malade est moins abattu que la veille; il semble se ranimer un peu. Comme la fétidité du membre gangrené est extrême, on prescrit d'ajouter du chlorure de chaux sec à la poudre dont nous avons parlé et qui sert à envelopper toute la partie malade; le tout est maintenu par un bandage de Scultet. 450 grammes de vin; le reste *ut suprà*.

7.—Le malade conserve sa bonne humeur. Il se plaintd'un peu de mal de tête. La langue est blanche, le ventre un peu tendu. Pas de sommeil; délire de six heures à dix heures du soir. Les extrémités sont un peu froides; il ne peut plus rien saisir avec les doigts de la main gauche. Le vin lui semble toujours assez bon; il prend ses bouillons avec dégoût depuis hier. Même traitement.

8.—On trouve au-dessus de la limite de la gangrène un cercle rouge inflammatoire de la largeur de deux travers de doigt. Le travail d'élimination est bien prononcé. Trois à quatre heures de délire dans la nuit, qui se passe toujours sans sommeil. Les carotides battent seules, et la force de leurs battements augmente un peu chaque jour. Il y a eu deux selles dans la journée d'hier. A dix heures, le délire a commencé pour durer jusqu'à quatre heures du matin. Tantôt cris et pleurs sans mouvement dans le lit, tantôt marmottement. Les extrémités

restent froides comme hier; la langue est limoneuse. Urines faciles et fréquentes. Même traitement.

Le 9, la nuit a été très agitée. Le malade s'est levé quatre à cinq fois sur son lit en essayant d'en sortir et en poussant des cris continuels. Ce matin, la langue est chargée, les battements du cœur tellement faibles et précipités, qu'il est difficile de les apprécier; la respiration est cependant bien libre. Le ventre n'est pas tendu; pas de garde-robe. Tout le membre pelvien droit est froid jusqu'au-dessus des condyles du fémur. Le pied gauche et la main du même côté sont frais. La fétidité est insupportable, quoique les deux croisées qui avoisinent le lit soient fréquemment ouvertes. Le vin ne lui semble plus bon, et il rejette ce qu'il prend comme par régurgitation. L'intelligence est encore assez nette, et il répond ce matin d'une manière plus suivie à nos questions.

Le 10, tout le membre inférieur droit est froid; le cercle rouge observé déjà à l'extrémité inférieure du bras reste le même et ne s'étend pas; la chaleur y est moitié moindre que la veille. Le malade s'est beaucoup plus vivement agité cette nuit que la précédente. Il a eu un délire violent qui n'a cessé qu'à six heures du matin. La jambe gauche est froide dans toute sa longueur. Les yeux sont larmoyants, la langue et les gencives sèches et fuligineuses, l'haleine fétide, la respiration libre, les bruits du cœur précipités et faibles. On remarque avec attention des battements artériels très prononcés à la région sus-claviculaire droite, derrière le sterno-mastoïdien. Ils sont dus à la carotide; leur force est telle, que les poils de ce côté sont notablement ébranlés par un mouvement pulsatif intermittent. Toutes les autres artères, quoique pleines en apparence, ne donnent pas le moindre battement. A onze heures du soir, le malade meurt après être resté dans un état de coma depuis la visite du matin.

Autopsie trente-quatre heures après la mort. — Rien de particulier dans le crâne. Le poumon droit est adhérent dans toute son étendue. Le poumon gauche ne présente aucune adhérence.

Cœur. — A l'ouverture du péricarde, on reconnaît que le cœur est très atrophié ; il présente à sa surface de larges plaques blanches de forme généralement polygonale. C'est en effet une chose bien remarquable et sur laquelle on n'a pas insisté, à notre connaissance, que la configuration des taches qui se rencontrent à la surface du cœur. Tandis que le plus ordinairement les traces d'un travail organique plus ou moins ancien à la surface d'un viscère représentent une forme plus ou moins rapprochée de la circulaire ; à la surface du cœur, les taches ont souvent la forme polygonale à quatre ou cinq côtés. Ces taches sont des traces de péricardites partielles. Je m'en suis convaincu tout dernièrement encore, du reste, par l'ablation des pseudo-membranes qui les forment, le péricarde ne présente aucune adhérence entre ses deux feuillets.

Les cavités droites, sauf l'accroissement général en rapport avec le développement hypertrophique du cœur, ne présentent rien de particulier.

L'oreillette gauche présente à son orifice auriculo-ventriculaire une ossification considérable avec rétrécissement notable de l'orifice ; ses parois sont hypertrophiées. Quand on verse de l'eau dans la cavité de l'oreillette, elle ne s'écoule que lentement dans le ventricule.

Ventricule gauche. — Les parois de ce ventricule sont rouges, fermes et considérablement hypertrophiées. Quand on plonge le doigt dans sa cavité, en le dirigeant vers les orifices aortique et auriculo-ventriculaire, on sent des aspérités nombreuses et fort aiguës. Il semblerait que le doigt pénètre au milieu de nombreuses esquilles dans un foyer de fracture. En dirigeant le

doigt vers l'orifice aortique, on reconnaît qu'il y a impossibilité d'y pénétrer et que les valvules sygmoïdes sont ossifiées.

La cavité du ventricule renferme un caillot sanguin.

L'examen de la cavité ventriculaire ayant été fait, on incisa l'aorte dans une direction longitudinale au-dessus de son orifice, afin de ne pas détruire l'anneau valvulaire. On trouva les dispositions suivantes : Il existait un caillot remarquable par sa forme, présentant une espèce de bulbe ou gros renflement qui reposait sur les valvules et avait le volume d'une grosse noix ; puis cette forme renflée cessait tout à coup pour faire place à un caillot très mince qui se prolongeait dans l'étendue de 15 à 20 centimètres dans l'aorte. Les trois valvules aortiques étaient ossifiées, mais pas toutes à un égal degré : l'une d'entre elles, correspondant à l'endroit où pénètre l'une des artères coronaires, bien qu'elle eût perdu sa souplesse, était moins épaisse et moins dure que les autres. Au-dessus d'elle existait un nid de pigeon très vaste.

L'artère pulmonaire était à l'état normal.

Artères. — Tout le système artériel était remarquable par le développement considérable du réseau que forment les *vasa vasorum*. Partout ce réseau présentait une injection des plus vives ; en outre, le système artériel, dans les parties sus-diaphragmatiques, offrait une hypertrophie notable, à ce point que les artères mammaires internes, toutes deux flexueuses, présentaient un volume triple de celui qu'elles ont dans l'état normal. Il en était de même de la carotide droite. Les artères mammaires comprimées avec le doigt donnent une sensation de crépitation et se déchirent facilement ; leurs parois contiennent une quantité notable de matière crétacée.

La surface interne de l'artère aorte était couverte de plaques ossiformes, petites, mais extrêmement multipliées. Le réseau formé par les *vasa vasorum* est toujours excessivement

prononcé dans toute l'étendue de l'aorte. L'intensité de la vascularisation des parois artérielles ne diminue qu'au niveau des crurales.

La sous-clavière droite offre un volume considérable, à ce point qu'elle masque et recouvre la carotide primitive droite dans la première partie de son trajet. Un peu avant son passage entre les scalènes, on trouve un caillot qui se continue dans la plupart des branches qu'elle fournit. On trouve dans l'axillaire, un peu avant la scapulaire commune, un nouveau caillot volumineux. Ce caillot est sec, friable et recouvert d'une pseudo-membrane grisâtre. Cette membrane l'entoure dans toutes ses parties. Le caillot s'étend dans l'artère jusqu'à la partie gangrenée inclusivement; il paraît très ancien, et à mesure qu'on avance près de la partie gangrenée, il devient semblable à une espèce de mastic grumeleux et desséché.

La sous-clavière gauche présente de même, au niveau du point où elle fournit ses premières branches, un caillot adhérent qui les oblitère de la même manière que du côté opposé. Cependant le caillot est moins compacte, et il ferme exactement l'artère.

Au niveau du lieu où l'axillaire donne les thoraciques, cette artère est occupée aussi par un caillot ; il y a entre le caillot de la sous-clavière et celui de l'axillaire un intervalle de 7 à 8 centimètres dans lequel il n'existe point de caillots.

L'artère humérale profonde, qui offre un volume considérable, est remplie par un caillot dur et résistant qui donne à la main pressant l'artère la sensation d'une matière à injection qui en distend les parois et qui s'y serait solidifiée. Cette disposition remarquable existe aussi sur l'artère humérale profonde du côté droit.

Dans tous les points où la surface interne des artères était en contact avec les caillots, elle offrait une coloration rouge ou

brunâtre paraissant due à la présence du caillot, et de plus une multitude de petits points blancs disséminés à la manière d'un semis.

La crurale de chaque côté a un volume normal. On y trouve, en descendant à sa partie inférieure, des concrétions calcaires humides.

Partie gangrenée. — La main et la portion d'avant-bras gangrenés présentent, vers l'extrémité terminale, un commencement de dessiccation, tandis qu'en remontant, les parties mortifiées sont humides. A la limite des tissus gangrenés on trouve une couche de pus de 2 millimètres d'épaisseur. La division des tissus par le scalpel donne lieu à une sorte de crépitation. Les téguments sont noirs; les muscles sont dans le même état que ceux d'un cadavre qui commence à se putréfier. On distingue encore parfaitement la direction des fibres. On ne retrouve plus trace de vaisseaux. Les nerfs, les tendons, les aponévroses présentent à peu près leur aspect normal.

Réflexions. — La coïncidence des lésions artérielles avec l'existence de ce genre de gangrène spontanée, que l'on appelle gangrène sénile, est un fait depuis longtemps signalé et bien connu des médecins. Mais nous croyons qu'il existe peu de cas, qu'il n'en existe peut-être pas un seul dans la science, où le rapport de ces deux phénomènes, l'inflammation des artères et la gangrène, soit aussi évident que dans celui qui vient d'être rapporté. C'est autant par la généralité des altérations dans toutes les parties du système à sang rouge, que par l'intensité de ces altérations, que ce fait est remarquable. Ici les lésions artérielles ont eu presque partout pour résultat l'oblitération plus ou moins complète des voies destinées au sang rouge. Aussi avait-on remarqué pendant la vie une absence complète du pouls dans tous les grands départements du système artériel.

A ce seul et dernier titre, l'observation serait déjà digne d'arrêter l'attention; car il est bien rare que l'absence complète du pouls produite par le fait d'une altération organique des artères, et coïncidant avec de la gangrène, ait pu rester compatible avec la vie et avec une pareille absence de troubles généraux pendant douze jours.

Nous avons dit que les altérations trouvées dans le système artériel étaient nombreuses et fortement prononcées. En effet, hypertrophie des cavités gauches et aortique; vascularisation exagérée des parois dans tout l'arbre artériel; caillots adhérents et oblitérateurs; présence de petites paillettes osseuses à la surface interne des artères, tout cela justifie ce que nous venons d'avancer.

Une circonstance qui nous a beaucoup frappé dans l'examen cadavérique du sujet, c'est la manière dont les lésions artérielles se répétaient d'un côté à l'autre dans le tronc artériel destiné aux membres thoraciques.

On pourrait même s'étonner, à ce sujet, que l'avant-bras droit ait été seul le siége de la gangrène, alors que le membre thoracique gauche paraissait se trouver dans les mêmes conditions artérielles; mais on sait quelles voies exiguës suffisent pour la transmission du sang nécessaire à la vitalité d'un membre, et l'on comprend d'une autre part que là où les lésions paraissent identiques d'un côté à l'autre, il peut exister telles conditions inapercevables qui cependant soient cause que l'un des membres est atteint de gangrène, tandis que l'autre ne l'est pas.

La pratique de la chirurgie démontre journellement quelle est la puissance de l'organisme pour lutter en faveur de la vitalité d'un membre dans les cas où l'artère principale de celui-ci est oblitérée par une ligature ou par un caillot : mais pour grande que soit cette puissance, elle reconnaît des limites. En effet, le principal agent de la conservation de la vie dans un

membre dont l'artère principale est liée, c'est le jeu des anastomoses ; mais si le tronc principal, si les branches qui en naissent supportent une oblitération commune, alors la circulation anastomotique devient impossible, et si petite que soit la quantité de sang rouge nécessaire pour la vitalité du membre, quand toutes les artères y sont oblitérées, la privation complète du sang vivificateur doit être suivie de la mortification du membre ; autrement toutes nos idées physiologiques sur les conditions de la vitalité seraient bouleversées.

On voit des rétrécissements d'orifices valvulaires aussi prononcés que ceux dont il a été question dans l'observation ci-dessus sans qu'il y ait gangrène ; mais quand à un premier obstacle aussi prononcé dans la circulation se joignent des oblitérations artérielles aussi étendues et aussi graves, il paraît bien difficile que la vie puisse s'entretenir au milieu d'un pareil ensemble de désordres.

Une circonstance qui nous a surtout paru remarquable chez le sujet de l'observation que nous avons rapportée, c'est l'intégrité qu'a présentée la fonction respiratoire pendant presque tout le temps qu'il nous a été donné d'observer ce malade. On a peine à comprendre comment, avec des causes d'un pareil trouble dans la circulation, il ne se soit pas formé plus promptement des engouements ou des congestions pulmonaires. Cette observation s'est confirmée sur le sujet de la deuxième observation contenue dans ce travail.

Quels que fussent les obstacles à la circulation, il nous paraît bien difficile d'admettre qu'elle ne se soit pas continuée jusqu'au dernier moment dans ceux des membres qui n'ont point été atteints de gangrène ; car penser le contraire, serait admettre qu'avec l'interruption absolue du mouvement des fluides organiques, la vie peut se conserver durant plusieurs semaines dans les tissus de l'homme. Il n'y avait donc, nous le pensons, d'in-

terruption absolue que dans le membre qui s'est gangrené, tandis que dans les autres qui étaient complétement dépourvus de pulsations artérielles, il y avait encore une sorte de circulation latente. Si l'exactitude des raisonnements qui nous portent à admettre que la circulation se maintenait encore est admise, on conviendra que le fait dont il s'agit est bien propre à démontrer combien la circulation est loin de reconnaître pour mobile indispensable et exclusif le jeu des cavités gauches du cœur. En effet, toutes les traces appréciables de l'influence de ces cavités avaient depuis longtemps cessé dans les membres, que ceux-ci conservaient encore leur température et leur sensibilité, attributs non douteux de la vie qui leur est propre.

Si, dans l'observation précédente, la question d'amputation n'a pas même pu être posée, il n'en est pas de même dans celle qui va suivre. On a soutenu cette doctrine : qu'il fallait attendre la formation d'un cercle éliminatoire avant d'amputer ; nous ne saurions partager cette manière de voir dans ce qu'elle a d'absolu. Nous croyons que dans la plupart des cas de gangrène sénile, on attendrait en vain le phénomène de la limitation spontanée à un degré satisfaisant. En temporisant, on s'expose à voir la mortification gagner de proche en proche et atteindre des points sur lesquels l'amputation ne serait plus praticable.

Pour juger avec plus d'indulgence la conduite du chirurgien qui propose l'amputation en pareil cas, il faut se représenter sa perplexité lorsque, témoin d'une gangrène qui ne se limite pas, il assiste sans rien tenter au spectacle de cette destruction successive. S'il agit, il a, il est vrai, la chance pénible de pratiquer une mutilation inutile ; s'il n'agit pas, il laisse le foyer de putridité et d'infection au contact des parties vivantes les empoisonner sans obstacle, car il est difficile d'admettre que quand un foyer de gangrène sénile est pour les voisins du malade, et quelquefois pour toute une salle, une source d'émanations

presque insupportables, celui qui porte ce foyer en contact permanent avec l'intimité de ses propres tissus puisse impunément subir un pareil contact. C'est en effet une distinction pratique et importante à faire, que celle de l'état des parties gangrenées suivant qu'on les examine à leur surface et dans leur profondeur. A la surface, l'altération consiste souvent en une plaque sèche et dure, véritablement momifiée et qui paraît être tout ce qu'il y a de plus inoffensif. Mais qu'on entame cette espèce de cuirasse, et à peu de profondeur au-dessous d'elle on trouve la gangrène humide avec un haut degré de putridité. La dénomination de gangrène sèche est donc trompeuse, elle n'a pu naître que d'un examen purement superficiel. Voici notre seconde observation.

Mocret (Barthélemy), ébéniste, âgé de soixante-dix-huit ans, est reçu à l'hôpital Saint-Antoine le 14 septembre 1849, et couché au n° 17 de la salle Saint-François. Cet homme, avant d'entrer à l'hôpital, était déjà venu plusieurs fois à la consultation pour des douleurs assez vives du gros orteil accompagnées d'une ulcération siégeant au niveau de l'articulation métatarso-phalangienne. On s'était contenté de toucher cette ulcération avec la solution au nitrate d'argent et d'appliquer sur elle des bandelettes de sparadrap. Dès le mois de juin 1849, il avait éprouvé dans le pied gauche des fourmillements qui se sont continués pendant toute l'année, mais non pas sans intermittence. Deux mois environ avant son entrée à l'hôpital, il remarqua à la face plantaire du gros orteil gauche un point rouge, douloureux à la pression, et qui chaque jour s'est étendu en tous sens, en sorte que bientôt tout l'orteil a été envahi. La marche était très difficile. Au bout d'un mois, il vint à la consultation. Plusieurs attouchements avec la solution de nitrate d'argent furent pratiqués sans produire aucune amélioration;

c'est alors que le malade se décida à entrer à l'hôpital. L'attention fut d'abord dirigée vers l'organe central de la circulation, ainsi que vers l'état des poumons. Les explorations de ce côté eurent lieu non seulement le jour de l'entrée du malade, mais encore jusqu'au moment où il a été soumis à l'opération. A notre grand étonnement, ces explorations n'ont fait découvrir aucune altération. L'orifice auriculo-ventriculaire gauche, pas plus que l'orifice aortique, ne présentait aucun bruit ni de râpe ni même de souffle. Tout le gros orteil est noir et sec à sa surface; la peau qui recouvre le pied et les malléoles est dure comme du marbre et insensible aux piqûres avec l'épingle aussi bien qu'à la pression. Je fais remarquer que la peau du membre, dans presque toute son étendue, est le siége de cet état qu'on désigne sous le nom de chair de poule. Les artères pédieuse, tibiale postérieure et poplitée, ont cessé de battre. Du reste, à l'autre membre, les battements ne sont pas non plus faciles à percevoir, on ne sent bien distinctement que ceux de la fémorale.

Le lendemain, 15, on entoure l'orteil d'un mélange de poudre de quinquina et de charbon réduit en pâte au moyen d'alcool camphré. Cette application a été fort douloureuse, surtout pendant la nuit; aussi le lendemain le malade demande-t-il qu'on la lui supprime, ce qui ne lui est pas accordé.

Le 19 et le 21, bains généraux; mais le malade s'y trouvant mal, on ne les a pas prescrits de nouveau. Ventouses scarifiées sur le trajet de la fémorale.

Le 26, la gangrène a fait des progrès rapides; elle s'est étendue au deuxième orteil, à la moitié interne et antérieure de la face dorsale du pied et un peu à la face plantaire; le troisième orteil est déjà violacé et insensible, une odeur fétide s'exhale de la partie sphacélée. La croûte extérieure est sèche et dure, mais au-dessous on trouve de la gangrène humide. En

remontant vers l'origine du membre, à partir de la portion gangrenée, on trouve successivement trois zones offrant la disposition suivante : l'une noire et dure, au contact même de la partie gangrenée; au-dessus, une espèce de brodequin au niveau duquel la peau est couverte d'écailles dures et sèches; puis enfin un peu plus haut, et sans changement de couleur à la peau, la disposition en chair de poule. L'état général est bon, la langue toujours sèche, le malade respirant toujours la bouche largement ouverte. Indépendamment des applications locales antiseptiques, considérant que la gangrène dite sénile est précédée ou accompagnée par une artérite oblitérante, dans le but de combattre cette artérite on fit des applications assez fréquentes de ventouses scarifiées sur le trajet de la fémorale. Après une dizaine de jours consacrés à ces soins, voyant que la gangrène continuait toujours son progrès, que l'état général du malade semblait s'altérer par la présence du foyer gangréneux, je me décidai à pratiquer l'amputation à quelques travers de doigt au-dessus des malléoles, dans un point au niveau duquel des tissus paraissent tout à fait sains et dont la sensibilité a été constatée au moyen de piqûres faites avec une épingle.

L'opération a lieu le 5 octobre. L'anesthésie est produite au moyen du chloroforme. Les trois artères de la jambe sont liées. La plaie est pansée par occlusion et le malade est mis le jour même à l'usage de l'alcoolature d'aconit que j'emploie habituellement d'une manière préventive chez tous mes opérés.

Le mode de pansement ayant présenté quelque chose de particulier, on nous pardonnera de nous y arrêter un instant.

L'écueil de presque tous les pansements après l'amputation de jambe est l'imminence de perforation de la peau peu épaisse qui retombe sur le bord tranchant du tibia. J'emploie à l'hôpital Saint-Antoine un mode de pansement qui me paraît de nature à prévenir ce résultat fâcheux. C'est de cette manière

que j'ai agi dans le cas particulier. Ce mode consiste dans une espèce de pansement en doloire ou en cornet d'oublie. Voici comment j'y procède. Je me sers de bandelettes de sparadrap de la largeur d'un bon travers de doigt; j'applique le plein de la bandelette en arrière, de manière à soutenir les chairs pendantes de la partie postérieure du moignon; je ramène les deux chefs le plus obliquement possible en remontant de bas en haut et d'arrière en avant, et je viens croiser et arrêter ces deux chefs obliquement à la partie antérieure de la jambe, à trois ou quatre travers de doigt au-dessus du niveau de la section des os. D'autres bandelettes sont imbriquées de manière à porter toujours l'effort du bandage sur des points de la partie antérieure de la jambe situés à une certaine distance au-dessus du niveau de l'amputation. Ces bandelettes, ainsi disposées, ont pour effet de ramener les téguments en avant, au point de les plisser en quelque sorte à la partie antérieure, loin de les laisser se tendre douloureusement sur le bord de la coupe osseuse.

A la levée du premier appareil, on constate que le tissu cellulaire, la peau et les muscles eux-mêmes sont sphacélés. Les deux os de la jambe se présentent dans le moignon à la manière de deux pièces osseuses nécrosées. Pansement avec des boulettes de charpie et un mélange de styrax et de cérat. L'odeur de la plaie est extrêmement fétide. Quelques jours après le malade est pris d'un subdelirium avec marmottement. L'état général s'empire, et la mort a lieu le 15 octobre. Une seule des ligatures s'était détachée spontanément quelques jours après l'amputation.

A l'autopsie, on trouve les muscles de la jambe infiltrés par une sanie purulente et gangréneuse; les cavités viscérales, examinées avec un soin particulier et au point de vue de la possibilité d'abcès métastatiques, ne présentent aucune altération

appréciable. Il n'en est pas de même du système vasculaire sanguin, qui est minutieusement disséqué dans toute son étendue et complétement détaché du sujet.

Tandis que d'habitude ces altérations artérielles ont leur plus haut degré d'intensité à l'origine de l'aorte, pour aller en décroissant à mesure qu'on avance vers les artères terminales, c'est précisément tout le contraire qui s'observe ici. Quelques plaques peu épaisses se remarquent aux valvules sygmoïdes de l'aorte; elles vont en augmentant de nombre et d'épaisseur à mesure qu'on descend vers l'iliaque, la fémorale et la poplitée. L'épaisseur des parois artérielles suit de même une progression croissante à mesure qu'on s'éloigne du centre. Arrivé à l'artère poplitée du côté gauche (celui de l'amputation), on trouve cette artère occupée par un caillot compacte et adhérent qui l'oblitère d'une manière complète; au-dessous de cette première oblitération qui a de trois à quatre travers de doigt de longueur, les artères redeviennent perméables dans une petite partie de leur trajet; mais bientôt elles se réoblitèrent, et cette fois ce n'est plus par un caillot, mais par des concrétions crétacées, dures et sèches comme de la pierre et qui forment des cylindres paraissant tamponner en quelque sorte la lumière du vaisseau. Ainsi, en incisant de l'extérieur à l'intérieur, on semble ouvrir l'artère dont on écarte les parois. En les renversant, et au centre de l'artère ainsi épanouie, on voit le cylindre ossiforme qui est parfaitement arrondi. Toutefois ce premier aspect est trompeur; ce n'est pas dans la cavité même du vaisseau que se trouve le cylindre, et la disposition que nous venons de signaler n'est en quelque sorte que le résultat même de la dissection. En effet, ce cylindre ossiforme, fendu suivant sa longueur, présente dans son axe une cavité évidemment tapissée par la membrane interne de l'artère. Il est donc évident que par la première incision faite sur le vaisseau, on a divisé la tunique celluleuse et les

couches les plus externes de la tunique moyenne, tandis que les couches les plus internes, converties en une lame osseuse, maintiennent la forme d'un cylindre engaîné dans les membranes divisées, et qui au premier aspect paraît fondu dans la cavité même de l'artère. Dans les points où ce cylindre est occupé à son centre par une cavité, il n'est pas très difficile de reconnaître la méprise, mais dans d'autres points les choses ne se passent pas ainsi. Les concrétions, au lieu d'être uniformément réparties sur la surface interne de la tunique moyenne, forment un amas latéral qui, refoulant la membrane interne sur elle-même, déplace la cavité du vaisseau, la rejette sur le côté, l'oblitère par pression latérale, et fait illusion complète sur l'oblitération centrale de l'artère. C'est à une dissection minutieuse que j'ai dû de pouvoir apprécier cette disposition remarquable.

Des altérations analogues, presque exactement modelées sur celles que nous venons de décrire, mais sans oblitération complète par un caillot à l'artère poplitée, existaient sur le membre inférieur droit, qui avait présenté dans les derniers jours de la vie une escarre à la partie externe du talon.

Il y a eu, en outre, cela de remarquable, que les veines, qui sont beaucoup plus rarement que les artères le siége de concrétions calcaires, en présentaient un grand nombre.

La diathèse calcaire avait donc sévi d'une manière remarquable sur tout le système vasculaire sanguin des membres inférieurs.

On voit, dans le fait de cette oblitération complète de l'artère poplitée gauche, suivie d'oblitérations presque complètes dans les trois divisions qui émanent de cette artère, une preuve bien frappante de la puissance des anastomoses, puisque avec des conditions semblables, la vie avait pu se maintenir dans la totalité de la jambe et dans une partie considérable du pied. Mais le degré de vitalité compatible avec une pareille disposition

des principales artères était, de toute évidence, insuffisant pour résister à un trouble quelconque apporté dans l'état du membre; aussi la gangrène s'était-elle rapidement emparée du moignon. Il faut donc se demander, à l'égard d'un membre qui présente des points de gangrène sénile, quelle est la hauteur précise de l'oblitération. Tout ce qui se trouve au-dessous du point oblitéré, alors même que se maintiennent les phénomènes apparents de la vie, doit être considéré comme n'ayant qu'une vitalité douteuse et chancelante que la moindre cause peut annihiler et sur laquelle il ne faut pas compter. Il ne faut compter, comme terrain légitime d'une opération, que sur les parties qui offrent encore des battements artériels non douteux, et à ce titre, il eût fallu, dans le cas particulier, pratiquer l'amputation à la cuisse où l'on sentait les battements de la fémorale. On eût, à la vérité, en agissant ainsi, sacrifié une étendue plus considérable de parties vivantes, mais on eût pu obtenir un moignon qui ne se fût pas gangrené.

Je pars donc de ce fait, pour établir ce que je considère comme une règle pratique d'une grande importance, c'est que quand on ampute pour une gangrène sénile, il ne faut pas se tenir pour satisfait de diviser les parties à une distance plus ou moins éloignée de la gangrène, mais qu'on doit reporter la ligne d'amputation jusque-là où l'on sent des pulsations artérielles non douteuses.

Plusieurs faits que j'ai observés me portent à admettre qu'en général, dans les gangrènes séniles du pied, il y a un caillot oblitérateur dans l'artère poplitée correspondante.

DU RELACHEMENT PATHOLOGIQUE

DES

SYMPHYSES DU BASSIN,

A LA SUITE DE L'ACCOUCHEMENT,

PAR FERDINAND MARTIN.

Il est maintenant reconnu par la plupart des physiologistes qu'à l'époque de l'accouchement, il se produit dans les symphyses du bassin un relâchement d'un certain degré. Ce relâchement, généralement restreint, du moins dans l'espèce humaine, est presque toujours très difficile à constater chez la femme vivante, et peut même échapper aux recherches nécroscopiques. Aussi a-t-on vu les accoucheurs les plus habiles (Baudelocque entre autres) nier l'existence de ce phénomène et en attribuer les effets à un état pathologique.

Nous devons cependant le dire, d'autres chirurgiens tout aussi distingués, parmi lesquels nous citerons les professeurs Ant. Dubois et Richerand, ont reconnu que le fait qui nous occupe est constant, seulement qu'il se produit à des degrés différents.

Cet état de relâchement une fois admis, il est facile d'en reconnaître les conséquences pratiques, c'est-à-dire une certaine mobilité des os du bassin, leur diduction, l'ampliation de ce canal osseux, etc., en somme, toutes circonstances destinées à faciliter l'accouchement.

Notre intention n'est pas de nous occuper de ce phénomène tout physiologique, mais bien de signaler à l'attention des praticiens un état morbide qui en est la conséquence, qui a été l'objet de nombreuses erreurs de diagnostic, et par suite de trai-

tements inutilement prolongés: nous voulons parler de cet état de relâchement des symphyses persistant après, et même longtemps après l'acte de la parturition.

Si nous osons élever notre faible voix dans une question aussi grave, c'est qu'il nous a été donné d'observer plusieurs cas dans lesquels cette affection avait été méconnue par les praticiens les plus distingués. Sans prétendre enseigner nous-même, nous croyons devoir livrer aux méditations de la science les quelques faits que nous possédons, en un mot le butin de notre expérience personnelle.

Nous n'entrerons pour le moment dans aucun détail au sujet des symptômes de cette maladie. Quelques observations recueillies avec soin suffiront pour montrer à quels signes il sera possible de la reconnaître.

Quant aux moyens thérapeutiques, ils sont bien simples, et c'est à peine si nous aurons besoin d'ajouter quelques mots à l'exposé des faits.

La première malade qui s'est présentée à notre observation, Mme Dag...., rue Grand-Pont à Rouen, nous fut adressée par M. le professeur Marjolin. La consultation de notre honorable maître portait seulement : « Relâchement des symphyses du bassin, avisez! »

Mme Dag...., âgée de trente ans, d'un tempérament robuste, presque athlétique, n'avait jamais été malade, lorsque, vers le septième mois d'une seconde grossesse, elle commença à marcher avec une difficulté extrême, éprouvant une faiblesse, une lassitude excessives dans la région lombaire. Le médecin appelé à donner ses soins à Mme Dag.... attribua ces accidents au volume du ventre, à la pesanteur de l'utérus rempli du produit de la conception, et ajourna à l'accouchement la cessation naturelle de cet état de malaise.

L'accouchement fut facile. Mme Dag...., sentant sa présence nécessaire à son magasin, voulut, malgré les recommandations de son médecin, se lever vers le dixième jour; elle éprouva des douleurs analogues à celles qui avaient précédé son accouchement, mais beaucoup plus violentes; la marche, de difficile, était devenue impossible. Mme Dag.... ne pouvait se tenir debout : soutenue fortement sous les aisselles par deux personnes, ou faisant usage de béquilles, à peine pouvait-elle faire quelques pas sans la plus vive souffrance.

Plusieurs médecins de la localité furent successivement appelés, et tous crurent pouvoir expliquer l'énormité des accidents par un déplacement de l'utérus; en effet, cet organe avait subi un abaissement et un renversement assez notables en avant.

Deux années s'écoulèrent sans que l'on pût remarquer dans l'état de Mme Dag.... la moindre amélioration. Enfin elle vint à Paris réclamer les soins de M. le professeur Marjolin, qui diagnostiqua parfaitement à la première inspection et nous adressa la malade. Nous convînmes ensemble des moyens que nous devions mettre en usage pour faciliter la marche et rendre, autant que possible, de la solidité à l'ensemble des os du bassin.

Rien de plus caractéristique que les phénomènes présentés par la malade. Voulait-elle se tenir dans la station perpendiculaire, soutenue, comme nous l'avons dit, par des béquilles ou par deux personnes robustes, aussitôt une douleur très vive se développait vers la région sacrée avec engourdissement dans toute l'étendue des membres abdominaux. Mais si, saisissant les crêtes iliaques, on invitait Mme Dag.... à essayer de faire quelques pas, alors on sentait que l'os coxal, correspondant au membre sur lequel reposait une faible partie du poids du corps, remontait d'une manière très sensible, tandis que son symétrique s'abaissait notablement. De plus, si, à l'aide des deux

mains, on essayait d'imprimer des mouvements en sens inverse aux deux os iliaques, on sentait manifestement que leurs moyens d'union étaient loin de présenter toute la rigidité, toute la solidité normales.

Après avoir pris l'avis de M. Marjolin, nous fîmes exécuter une large ceinture en acier, rembourrée à l'intérieur, et qui devait embrasser toute la circonférence du bassin, en passant sur les fosses iliaques externes, dans l'espace qui sépare le grand trochanter de la crête iliaque. Cette ceinture, fortement serrée, rendit immédiatement au bassin sa solidité, et Mme Dag.... put d'abord marcher à l'aide de ses béquilles, puis, quelques jours après, avec une canne, et enfin sans aucun secours.

Environ un mois après l'application de cet appareil, Mme Dag... retourna dans sa famille, pouvant alors faire d'assez longues courses sans éprouver une fatigue notable.

Enfin un an s'était à peine écoulé que Mme Dag... revint à Paris pour nous remercier; elle était complétement guérie.

Peu de temps après, Mme Boud..., rue Saint-Louis au Marais, nous fit appeler; elle présentait exactement les mêmes symptômes que Mme Dag..., et la maladie remontait à une époque aussi éloignée. Nous fîmes exécuter une ceinture semblable de tous points à celle qui nous avait si bien réussi dans le premier cas, et nous assurâmes à notre malade un résultat aussi heureux que celui que nous avions déjà obtenu.

Ainsi que Mme Dag..., Mme Boud... put bientôt marcher avec assez de facilité. Mais, contre notre attente, les ligaments du bassin restèrent dans un état de relâchement qui ne permettait pas à la malade de marcher, même chez elle, sans le secours de sa ceinture.

Quoique cette dame pût faire au moins une lieue à pied à l'aide de notre appareil, elle se désespérait d'être condamnée à le

porter toute sa vie. Notre avis fut qu'une nouvelle grossesse pourrait amener la guérison, à la condition toutefois que la malade porterait sa ceinture pendant la gestation, et de plus qu'elle garderait le lit, sans pour cela quitter cette ceinture, au moins deux mois après son accouchement.

Nous perdîmes de vue Mme Boud... ; mais quel ne fut pas notre étonnement lorsque, environ deux ans plus tard, nous la vîmes revenir triomphante et portant un enfant de six mois : « *Votre remède*, dit-elle, *m'a parfaitement réussi*, car depuis plus » de deux mois j'ai quitté votre ceinture, et je puis faire au moins » deux lieues de suite sans fatigue. »

Ces deux observations étaient à peu près perdues pour nous, lorsque, le 15 juillet 1843, M. le docteur Lamare (de Saint-Germain-en-Laye) voulut bien nous conduire auprès de Mme de Liv.....

Cette dame, âgée de vingt-cinq ans, d'un tempérament lymphatique nerveux, ayant suivi un traitement orthopédique pour une incurvation latérale de la colonne vertébrale, et encore affectée d'une légère déviation, est accouchée pour la première fois en janvier 1839.

L'accouchement fut long et pénible, et Mme de Liv....., contre l'avis de son médecin, voulut se lever et marcher; mais elle ressentit une douleur vive vers la partie inférieure de la région lombaire. La station perpendiculaire était à peu près impossible, la démarche mal assurée, et c'était à peine si la malade pouvait faire cinq ou six pas de suite.

Plusieurs médecins furent successivement appelés; ils reconnurent une antéversion très prononcée de l'utérus, et cherchèrent à combattre cette affection sans que cependant tous les moyens employés eussent pu apporter la moindre amélioration dans l'état de Mme de Liv.....

Au bout d'un an d'essais infructueux, elle se décida à venir à Paris. Là elle consulta un grand nombre de médecins qui tous, détournés par l'affection utérine, ne s'occupèrent que de cette maladie. Disons qu'une légère excoriation existait sur le col de la matrice, et qu'elle disparut rapidement sous l'influence de la cautérisation.

Mme de Liv..... fut envoyée aux eaux, on lui appliqua diverses ceintures ou bandages, le tout inutilement. Enfin on eut recours à un pessaire; mais, soit que cet instrument fût d'un volume trop considérable, soit que sa présence ait déterminé une trop grande irritation, soit enfin que la matrice, devenue complétement horizontale et très engorgée, n'ait pu se débarrasser du sang qu'elle contenait, il se développa une entéro-péritonite accompagnée d'une inflammation dans le tissu cellulaire du bassin; un abcès se forma et s'ouvrit par le rectum. Ces derniers accidents ne se sont déclarés qu'au mois de janvier 1843.

Mme de Liv..... fut envoyée à la campagne dans les environs de Saint-Germain, et c'est là que nous avons eu occasion de la voir pour la première fois, conduite, comme nous l'avons dit, par M. le docteur Lamare, qui la soignait accidentellement, le médecin ordinaire habitant Paris. Elle nous dit *ne pouvoir se tenir debout le temps de mettre son chapeau*, ne pouvoir marcher qu'avec la plus grande peine et en quelque sorte en courant; elle ajouta que, lorsqu'elle avait fait ainsi de douze à quinze pas, elle était forcée de s'asseoir immédiatement, à tel point que, si une personne ne l'eût pas suivie avec un siége, elle serait tombée à terre. Lorsque Mme de Liv..... voulait monter ou descendre l'escalier de sa maison, composé d'une vingtaine de marches au plus, elle en était réduite à s'asseoir au moins deux ou trois fois dans le trajet.

Nous devons ajouter que, lorsque Mme de Liv..... avait fait

ainsi un peu d'exercice, elle éprouvait une douleur assez vive vers la symphyse pubienne, puis une grande difficulté dans l'émission des urines, souvent même une impossibilité absolue.

Disons encore qu'à l'approche de l'époque de la menstruation, Mme de Liv..... éprouvait de grands malaises, une violente irritation nerveuse, et qu'enfin l'écoulement mensuel était lent et peu abondant.

M. le docteur Lamare, qui, comme nous l'avons déjà dit, n'était pas le médecin ordinaire de la malade, et qui par conséquent n'avait examiné que très superficiellement les organes pelviens, croyait, lui aussi, tous ces accidents occasionnés par le déplacement de l'utérus et surtout par les suites de l'énorme abcès qui s'était développé dans le bassin et s'était fait jour à travers le rectum.

Après avoir entendu la relation que nous venons de rapporter, nous adressâmes diverses questions à la malade, et nous obtînmes des renseignements qui nous mirent à même de reconnaître le véritable caractère de l'affection. En effet, dans les derniers temps de sa grossesse, elle avait commencé à éprouver de la gêne dans la station et la progression. Cette gêne avait augmenté jusqu'au moment de l'accouchement, qui, comme nous l'avons dit, avait marché avec lenteur. La difficulté dans la station et dans la progression était à peu près la même, lorsque Mme de Liv..... voulut se lever cinq jours seulement après l'accouchement.

Les accidents s'étaient produits pendant la grossesse; nous pensâmes donc qu'ils ne pouvaient être attribués au déplacement de la matrice, qui certes ne présentait pas d'antéversion lorsqu'elle était remplie par le produit de la conception, et nous dûmes croire *à priori* que Mme de Liv..... était affectée d'un relâchement des symphyses pelviennes. En effet, elle ressentait

une douleur vive vers la région sacrée, lorqu'elle marchait ou se tenait debout ; lorsqu'elle avait fait quelques pas, elle éprouvait une grande chaleur vers le pubis, et l'émission des urines devenait d'autant plus pénible et d'autant plus difficile que Mme de Liv..... avait fait une plus longue promenade. Elle éprouvait une sorte de soulagement en appuyant ses mains vers les articulations sacro-iliaques, et aussi en cherchant à rapprocher les tubérosités sciatiques.

Nous comprîmes que la malade, en pressant sur les parties latérales et postérieures du bassin, de même qu'en pressant et en soulevant les ischions, tendait à rapprocher les articulations sacro-iliaques, et rendait ainsi momentanément au bassin une partie de sa solidité. Nous pensâmes aussi que la difficulté dans l'émission des urines, qui devenait plus grande quand la malade avait marché pendant quelque temps, pouvait bien être occasionnée par la mobilité de la symphyse pubienne et par le tiraillement des tissus environnant l'urètre.

Nous crûmes devoir communiquer au médecin ordinaire de la malade nos observations et nos soupçons, puis le prier d'examiner madame de Liv... M. le docteur Hutin nous écrivit qu'effectivement il avait reconnu une mobilité assez sensible dans les os du bassin et que les moyens que nous lui avions proposés lui paraissaient devoir remplir les indications qui se présentaient.

En attendant que l'appareil fût exécuté, nous conseillâmes à la malade d'appliquer une serviette fortement serrée sur les hanches. Grâce à ce moyen, on ne peut plus simple, elle put faire, sans aide, une promenade d'au moins un quart d'heure.

Deux jours après, nous nous rendîmes à Saint-Germain, et grand fut notre étonnement en voyant notre malade se promener seule au bout d'un grand jardin et venir d'un pas léger à notre rencontre.

Nos appareils terminés, nous priâmes M. le docteur Lamare de vouloir bien nous accompagner pour juger de l'effet qu'ils produiraient. Aussitôt leur application, madame de Liv. put se lever et marcher facilement; ce ne fut qu'après une heure et demie de promenade qu'elle commença à ressentir un peu de fatigue et qu'elle songea à se reposer.

A compter de cette époque donc, madame de Liv. marcha et M. le docteur Lamare, qui a eu occasion de l'examiner plus attentivement, nous a assuré que la matrice avait repris sa position et sa direction normales, grâce à une ceinture élastique que nous avions ajoutée à la ceinture d'acier.

Pendant l'hiver qui suivit, madame de Liv., toujours à l'aide de ses ceintures, alla plusieurs fois au bal et dansa comme tout le monde. Enfin, au printemps, elle est retournée chez elle à Lorient parfaitement rétablie et débarrassée de ses appareils contentifs.

Des bains de mer achevèrent de lui rendre toute la force qu'elle avait avant sa grossesse.

Au mois de janvier dernier, nous avons été appelé auprès de madame de B... Cette dame, d'une taille au-dessous de la moyenne, enceinte de sept à huit mois, était dans l'impossibilité absolue de faire le moindre exercice; c'était à peine si elle pouvait se traîner de son lit jusqu'à une chaise longue.

Depuis une dernière couche remontant à cinq ans, madame de B... éprouvait une grande fatigue toutes les fois qu'elle restait un moment dans la station perpendiculaire ou qu'elle faisait la moindre promenade; mais depuis sa grossesse l'affection avait augmenté et était arrivée au degré de gravité que nous venons de signaler.

Éclairé par les observations précédentes, nous reconnûmes facilement un relâchement considérable des symphyses du

bassin ; nous fîmes donc exécuter une ceinture en acier, semblable à celles que nous avions déjà employées, et la malade put marcher assez facilement au bout de quelques jours. Cependant, nous devons le dire, il ne lui fut jamais possible de conserver longtemps la position verticale ni de faire de longues marches.

L'accouchement eut lieu à terme : il fut facile, et ne présenta rien de particulier. La ceinture fut réappliquée immédiatement et l'accouchée resta au lit pendant environ deux mois. A cette époque la marche était devenue facile et les douleurs nulles, lorsque la malade portait notre ceinture.

Aujourd'hui, 15 décembre, elle a quitté son appareil et peut marcher et danser comme auparavant.

Nous croyons que les détails dans lesquels nous sommes entré, à l'occasion des observations que nous venons de rapporter, suffiront pour faire connaître les symptômes de cette maladie et les signes à l'aide desquels il sera facile d'établir un diagnostic certain.

Nous nous bornerons donc à ce simple exposé et nous nous résumerons en disant : qu'il faut reconnaître que les symphyses du bassin sont plus ou moins relâchées, plus ou moins mobiles chez toutes les femmes vers la fin de la grossesse et même parfois quelque temps après l'accouchement. Mais nous ajouterons que cet état physiologique, porté au delà de ses limites naturelles et persistant longtemps après l'époque de la parturition, constitue un état vraiment pathologique et condamne les femmes qui en sont affectées, pour ainsi dire, à une immobilité absolue.

De plus il est possible, dans tous les cas, de rendre artificiellement assez de fixité à l'ensemble des os du bassin pour que la station et la progression deviennent faciles. Le moyen que nous avons indiqué (une ceinture en acier) peut, dans la plupart des cas, amener la guérison, et enfin, dans les cas les plus dif-

ficiles, une nouvelle grossesse, en reproduisant le phénomène physiologique et le ramenant en quelque sorte à l'état aigu, peut devenir une circonstance des plus favorables. Toutefois il faut rappeler que nous regardons comme indispensables les précautions que nous avons indiquées dans la deuxième et la quatrième observation.

RAPPORT

SUR LE

TRAVAIL DE M. FERDINAND MARTIN,

Par M. DANYAU.

M. Ferdinand Martin a lu à la Société un mémoire sur l'écartement des os du bassin et sur les avantages d'une ceinture métallique propre à consolider les articulations relâchées.

M. Martin n'a pas eu l'intention de traiter ce sujet dans tous ses détails. Il ne l'a pas même envisagé d'une manière générale, et s'est contenté de démontrer, par quatre faits intéressants dont il a donné l'histoire, deux points capitaux, à savoir la facilité avec laquelle les praticiens tombent, au sujet de cette affection, dans de préjudiciables erreurs de diagnostic, et la possibilité de la guérir, une fois reconnue, par la ceinture qu'il a mise en usage. On peut voir, dans les observations consignées dans ce mémoire, comment plus d'une fois la difficulté, l'impossibilité de marcher, surtout de se tenir debout, ont été attribuées à un déplacement de l'utérus qui n'existait réellement pas ou qui n'était qu'un effet secondaire ou une complication, et comment le mal, méconnu et conséquemment mal traité, a résisté longtemps, pour céder ensuite à des moyens rationnels.

Il semble, au premier abord, inconcevable qu'un état dont le diagnostic n'est point en définitive difficile, ait pu être méconnu bon nombre de fois. Ces erreurs ne sembleront pourtant pas extraordinaires à ceux qui savent avec quelle facilité souvent l'esprit se préoccupe, et tout ce qu'il faut d'attention bien dis-

tribuée sur tous les points d'un sujet, pour ne pas s'engager, en quelque sorte fatalement, dans une fausse route. Dans l'espèce, l'erreur est sinon excusable, au moins plus facile à concevoir. Bien qu'un très faible degré de relâchement des symphyses pendant la grossesse soit un phénomène commun, peut-être même général, ce relâchement, porté au point de constituer un état morbide sérieux, est tout à fait exceptionnel et très rare. Cette rareté, comparée à l'excessive fréquence des déplacements de l'utérus à la suite de couches, peut jusqu'à un certain point expliquer les erreurs de diagnostic signalées par M. Martin. Sans doute l'auteur n'a rien découvert de nouveau; aucun signe diagnostique, jusqu'ici oublié, n'a été indiqué par lui, et pour les praticiens inattentifs l'écueil restera le même. Mais au moins les faits sont instructifs, et l'enseignement qu'ils portent avec eux les rend dignes, à notre avis, de l'attention de la Société et de la publicité qu'elle jugera sans doute convenable de leur donner.

Quelle que soit l'importance du diagnostic, celle du traitement est beaucoup plus grande encore. M. Martin y a donné tous ses soins, sans pourtant, sur ce point comme sur l'autre, rien imaginer de nouveau. Le plus illustre de nos classiques, Boyer, s'exprime ainsi à ce sujet : « La compression peut être » exercée au moyen d'une ceinture de cuir, matelassée à la » manière de celle des brayers et bouclée à la partie anté- » rieure. » Boyer, après avoir conseillé de seconder l'emploi de ce moyen par le repos qui lui paraît indispensable quand les mouvements des os sont manifestes et étendus, ajoute : « On a cependant vu des femmes, chez lesquelles, à la vérité, » la mobilité des os était médiocre, guérir parfaitement au » moyen d'une compression forte et longtemps prolongée, sans » cesser de se livrer à leurs exercices accoutumés. » M. Martin n'a pas conseillé ni employé autre chose. Seulement sa cein-

ture, à la différence des brayers, dont le ressort est en général demi-circulaire, se compose d'un cercle métallique complet d'une force considérable, assez grand pour embrasser la circonférence entière du bassin. Ce ressort, dont la hauteur est de 4 centimètres, garni et matelassé comme ceux des bandages herniaires, est interrompu à sa partie antérieure et muni, d'un côté, d'une forte courroie, de l'autre d'une boucle, à l'aide desquelles les deux extrémités sont rapprochées et solidement maintenues.

Nous devons rendre à M. Martin cette justice que sa ceinture répond à toutes les indications et que nulle n'est plus propre à les remplir. Non seulement elle est, comme celle que conseille Boyer, assez étroite pour embrasser le bassin là où la compression ne saurait ni gêner ni nuire et sera véritablement efficace, c'est-à-dire entre les crêtes iliaques et les grands trochanters, mais encore, circonstance non moins essentielle, elle est d'une solidité et d'une inextensibilité telles, qu'une fois appliquée et par elle une fois les os rapprochés et mis en contact, aucun écartement n'est plus possible.

Rapport exact, fixe, permanent des os : telle est donc l'indispensable condition du succès. La consolidation est à ce prix. Quatre fois M. Martin a su l'obtenir complète, durable, définitive. Dans l'un des cas (deuxième observation), où il s'agit d'une dame dont je dirigeai la grossesse, l'accouchement et les suites de couches, et que j'ai eu l'occasion de voir plusieurs fois depuis cette époque, la guérison ne s'est pas démentie. Nous ne doutons pas qu'il n'en ait été de même dans les trois autres.

La durée du traitement a été comparativement bien courte. Quelques mois, une année tout au plus de l'usage de la ceinture employée seule et sans le concours des autres moyens conseillés en pareil cas ont suffi, et, ce qui n'est pas moins digne de remarque, la station et la marche sont devenues tout de suite,

jusqu'à un certain degré, possibles et même faciles. Qu'à côté de ces résultats on mette ceux si difficilement obtenus, après plusieurs années seulement, par les toniques de toute espèce, employés en bains, douches, frictions, par l'usage des bains de mer, les eaux thermales, le séjour à la campagne, etc., et l'on ne pourra se refuser à reconnaître que M. Martin, sans rien innover, a pourtant réalisé un progrès véritable.

MÉMOIRE

SUR LES

PLAIES DE LA VESSIE PAR ARMES A FEU,

Par M. DEMARQUAY,
Prosecteur à la Faculté de médecine de Paris.

Les plaies de la vessie ont de tout temps occupé l'attention des médecins : leur gravité fut proverbiale. Aussi voit-on les chirurgiens, même après le travail de Larrey sur les plaies de la vessie, rapporter avec grand intérêt les observations de lésion de cet organe par armes à feu terminées par la guérison. Quelque limité que paraisse en apparence le sujet que je traite, je veux m'y arrêter, afin de le poursuivre avec plus de soin. Traiter les autres lésions traumatiques du réservoir urinaire m'entraînerait beaucoup trop loin.

Les plaies de la vessie peuvent être produites par plusieurs instruments. Tantôt elles sont le résultat d'un coup de canon. M. Pasquier m'a dit avoir assisté à une opération de taille faite par M. Souberbielle. Le calcul extrait avait pour noyau un morceau de biscayen. Tantôt, et c'est le plus souvent, ces plaies sont le résultat d'un coup de fusil, quelquefois d'un coup de pistolet, ainsi que nous le voyons par l'observation suivante.

PREMIÈRE OBSERVATION DE DEVERGIE.

Plaie de la vessie par un coup de pistolet. — Tumeur périnéale. — Incision. — Guérison (*Mémoires de l'Académie de chirurgie*).

Un jeune homme reçut un coup de pistolet à bout portant dans l'extrémité inférieure des muscles droits à l'endroit où ils s'attachent au pubis. La ligne blanche et la vessie furent percées. Devergie, maître en chirurgie à Saumur,

trouva une plaie exactement ronde, le ventre fort tendu et une tumeur au périnée; les urines et les selles étaient supprimées, la fièvre très vive, et il y avait disposition au délire. Ce blessé n'avait été saigné qu'une fois. Le chirurgien dilata les plaies autant que les parties le permettaient, le pansa avec un mélange d'huile de térébenthine et de suppuratifs, fit des embrocations sur le ventre. Il trouva de la fluctuation à la tumeur du périnée; et pendant que la vessie percée du coup avait permis à l'urine épanchée de former la tumeur, il en fit la ponction avec le trois-quarts que Foubert emploie dans la taille; il en tira une très grande quantité d'urine sanguinolente et sur la canule du trois-quarts, il incisa jusqu'à la vessie, ce qui procura l'issue de plusieurs caillots de sang, de la balle, d'un morceau de chemise et de l'urine fort épaisse. Le malade fut saigné neuf fois, et les accidents se calmèrent peu à peu, les urines reprirent leur route naturelle, et la guérison fut parfaite après un temps médiocre.

Dans un cas, le projectile n'a point été une balle, un morceau de biscaïen, mais une baguette de fusil, ainsi qu'on le voit par l'observation suivante empruntée à M. Kéraudren.

DEUXIÈME OBSERVATION.

Plaie remarquable pénétrant dans l'abdomen, faite par une baguette de fusil qui passa par le trou ovale, par M. Kéraudren.

Le 19 nivôse an XIII, à trois heures de l'après-midi, l'équipage du vaisseau l'*Algésiras* faisant l'exercice de l'abordage, M. Louis-Charles-Timoleo Coesnon âgé de dix-neuf ans, novice timonier, se trouvant sur le bord de la hune d'artimon à tribord, ayant la jambe gauche appuyée sur le bord de ladite hune et la droite dans l'attitude d'un homme prêt à descendre, reçut à cinq travers de doigt de l'arcade crurale, au tiers supérieur, et un peu interne de la cuisse gauche, une baguette de fusil de la portée d'environ 50 pieds, qui pénétra dans l'abdomen. Il fut porté dans cet état dans l'hôpital du port de la Liberté, à quatre heures et demie du soir, une heure et demie après l'accident. Dès qu'il fut à l'hôpital, on tenta inutilement les mêmes efforts d'extraction qui avaient été faits sur le navire. Le malade couché sur le dos, la cuisse rapprochée du bassin dans un quart de flexion, l'extrémité du corps étranger en dehors de la plaie formant une forte dépression sur la partie moyenne de la cuisse et inférieure de la plaie et dirigée obliquement de dehors en dedans.

1er jour.— Douleur aiguë à la région hypogastrique; pouls dur, plein, vomissement avec effort de matières alimentaires, hoquet rare, écoulement abondant de matières séreuses, inodores, un peu salées et légèrement colorées par la plaie, urines ordinaires par les voies naturelles, assoupissement momentané, anxiété générale. On employa les saignées, un cataplasme sur la région hypogastrique et les calmants.

2e jour.— Fièvre ardente, pouls libre et fréquent, assoupissement continuel, tuméfaction du ventre, hoquet, vomissement, crachats muqueux très fréquents, même moyen continué.

3e jour. — Symptômes peu intenses, vomissements de matières muqueuses de couleur et d'odeur stercorales; déjections naturelles de la vessie, pouls faible, petit, concentré; sueurs visqueuses, douleurs sourdes et éloignées. On prescrit des fomentations camphrées et des boissons acidules.

4e jour.— Pouls petit, vermiculaire, face hippocratique, sueurs peu abondantes et plus visqueuses, déjections alvines supprimées depuis le commencement de la maladie, lavement sans effet, vomissement de matières plus épaisses et de même nature, urines soutenues, mêmes moyens.

5e jour.— Mort.

Autopsie.— La baguette passant par le trou ovalaire, ses intestins sont phlogosés et très distendus; épanchement d'une petite quantité de matières fécales; l'iléum traversé à un tiers de son diamètre, après le jéjunum, le rectum traversé dans son diamètre à 2 pouces 1/2 du sphincter, la vessie traversée près de l'urètre, du côté gauche. L'extrémité supérieure du corps vulnérant, implantée à la base du corps du sacrum, la traversant obliquement de bas en haut, et de dedans en dehors de l'épaisseur de 15 lignes et surpassant cet os d'un pouce avec lésion de canal sacré, mais la moelle étant intacte.

Les plaies de la vessie sont favorisées par certaines conditions anatomiques et physiologiques qu'il importe de rappeler; l'une des plus essentielles est la distension de la vessie. Souvent, et même presque toujours, ces blessures sont reçues au milieu d'une action grave, quand les individus frappés ont la vessie pleine d'urine; telle était du moins la condition des deux individus qu'il m'a été donné d'observer. Dans ce cas, la vessie, ainsi distendue par l'urine, acquiert des conditions toutes nouvelles: elle s'élève du petit bassin dans la région hypogastrique, soulève le péritoine et devient en quelque sorte superficielle, ce qui

l'expose davantage à être blessée, sans toutefois que le péritoine participe à sa lésion. J'ai fait des expériences dans le but de déterminer comment la vessie, en s'élevant dans le grand bassin, se distendait et facilitait l'action de l'instrument contondant, en même temps que le péritoine se trouvait refoulé.

Les faits que j'ai observés, ceux que j'ai recueillis dans les auteurs, m'ont mis à même de constater que souvent la partie antérieure de la vessie et le bas-fond sont blessés sans que le péritoine le soit aucunement. Je pensais que la vessie en se développant de bas en haut et d'avant en arrière quant à son corps, devait éprouver le même développement suivant son bas-fond, ce qui, suivant moi, expliquait pourquoi, quand la vessie est distendue par l'urine, une balle pouvait l'intéresser assez haut dans sa partie inférieure, traverser le rectum ou le respecter et n'amener aucune lésion de l'enveloppe séreuse qui les unit. Pour confirmer ce que je croyais la vérité, j'ai fait des expériences pour déterminer nettement quelle distance il y a entre le cul-de-sac péritonéal et la surface du périnée; d'autant plus que les hommes très distingués qui se sont livrés à ces recherches ne sont point d'accord dans leurs résultats, ainsi qu'on peut le voir par les travaux de Lisfranc, Blandin et M. Vidal. Pour cela j'ai pris des sujets de divers âges, j'ai fait des coupes convenables, j'ai respecté le cul-de-sac péritonéal et la courbure du rectum et j'ai constaté que la distance comprise entre le péritoine et le périnée était chose très variable, suivant l'âge, le sexe et surtout l'embonpoint du sujet. Mais une chose pour moi beaucoup plus importante à savoir, c'était de déterminer si la distension de la vessie, en même temps qu'elle refoulait le péritoine en haut, ne le refoulerait pas aussi en arrière sur le rectum, ce qui dans ce cas aurait permis à la vessie une lésion assez haut dans son bas-fond sans toutefois que le péritoine fût intéressé. J'ai pu m'assurer, ainsi qu'on le verra

par les faits rapportés plus bas, que le péritoine tapissant la paroi postérieure de la vessie, n'est en rien modifié par la distension de cet organe, ce qu'explique d'ailleurs parfaitement l'aponévrose prostato-péritonéale décrite par M. Denonvilliers.

Résultat de mes expériences.

1° Femme de 60 ans. Mensuration de la distance du péritoine au périnée :		
	Vessie vide. . .	7 à 8 centimètres.
	Vessie pleine. .	7 à 8 centimètres.
2° Homme jeune, 25 à 30 ans :	Vessie vide. . . .	6 centimètres.
	Vessie pleine. . .	6 centimètres.
3° Homme de 45 ans.	Vessie vide. . . .	8 centimètres.
	Vessie pleine. . .	8 centimètres.
Homme de 55 ans.	Vessie vide. . .	7 à 8 centimètres.
	Vessie pleine. .	7 à 8 centimètres.

Il est encore une circonstance pleine d'intérêt qui favorise les lésions de la vessie, c'est que cet organe est en contact avec des surfaces courbes, comme celles des parois abdominales, du bassin, surfaces qui impriment des directions particulières aux balles, ainsi qu'on le voit par une observation empruntée à M. Baudens.

TROISIÈME OBSERVATION.

Plaie de la vessie. — Trajet oblique de la balle, par M. Baudens. — Guérison.

Un soldat reçut une balle dirigée obliquement de haut en bas, après être entrée dans l'abdomen, au défaut de la partie moyenne de la dernière côte du côté gauche, présentant sa sortie à droite au niveau de l'échancrure sciatique; par cette plaie de sortie, l'urine s'échappait en abondance; une sonde fut laissée à demeure dans la vessie, la plaie fistuleuse se ferma au bout d'un mois, et le blessé ne conserva d'une lésion si grave qu'un peu de paralysie dans le membre pelvien droit, due probablement à la contusion des nerfs qui passent par l'échancrure sciatique; il est probable que dans ce cas la balle aura glissé au-devant des intestins, qu'elle aura contourné le petit bassin et qu'elle sera sortie par l'échancrure sciatique, après avoir perforé la poche urinaire.

La direction suivant laquelle le projectile arrive sur le réservoir urinaire est une chose importante à connaître. Tantôt c'est d'avant en arrière ou d'arrière en avant suivant le sens du diamètre antéro-postérieur ou suivant le diamètre transversal du bassin. Ces deux directions impliquent une gravité plus grande dans les plaies qui nous occupent, quand elles ont lieu au niveau du pubis, par la raison toute simple que l'on comprend difficilement qu'elle puisse intéresser le réservoir urinaire sans endommager le péritoine. Les deux faits que je rapporte plus bas prouvent amplement cette assertion. Dans l'un, dû à M. Fleury, de Clermont, on voit la vessie traversée d'avant en arrière par une balle, ainsi que le péritoine et l'intestin ; dans l'autre, observé par M. Jobert, la balle a transversalement déchiré la vessie, le péritoine, etc. Dans ces deux cas, la mort fut prompte.

QUATRIÈME OBSERVATION.

Plaie pénétrante de l'abdomen, déchirure de l'intestin grêle et de la vessie. — Fracture de l'os des iles (Fleury, *Journal des connaissances médico-chirurgicales*, 1842). — Mort.

Jean Paroche, mesureur à la Halle, fut frappé à l'abdomen, le 10 septembre. La balle passa au milieu de l'espace qui existe entre l'ombilic et le pubis. Une anse d'intestin grêle s'échappait par l'ouverture, lorsque le blessé entra à l'hôpital : cet intestin avait été divisé dans toute sa circonférence ; les deux bouts accolés l'un à l'autre étaient ouverts à l'extérieur et donnaient issue à des matières verdâtres. La plaie de sortie était à la fesse gauche, à quatre travers de doigt au dessus et au-dedans de l'articulation coxo-fémorale. Le pouls était faible, misérable, la face décolorée, le malade plongé dans un état de faiblesse qui a persisté jusqu'à la mort. L'intestin blessé est fixé à l'ouverture du ventre au moyen d'un fil passé dans le mésentère. Le lendemain des symptômes d'étranglement paraissent ; les hoquets, les nausées sont bientôt suivis de vomissements de matières bilieuses, les boissons que prend le malade sont rejetées, les alèzes placées sur le siége ont une odeur d'urine qui fait penser que la vessie a été lésée par le projectile ; cela paraît d'autant plus probable, qu'il ne s'en est pas écoulé une seule goutte par l'urètre.

12 et 13 septembre. Les mêmes symptômes persistent, le ventre est tendu, très sensible à la pression, un refroidissement général s'est emparé du blessé, il meurt dans la journée du 14.

Autopsie. — Une anse d'intestin grêle s'échappe par l'ouverture de l'abdomen, elle est fortement étranglée par la circonférence de la plaie, toute la partie du canal intestinal placé au-dessus du bout supérieur est dilatée par des matières liquides, la portion placée au-dessous est au contraire resserrée sur elle-même, il ne s'est fait aucun épanchement de matières alimentaires dans la cavité abdominale; des traces de péritonite s'observent à la région hypogastrique. La vessie a été divisée dans toute son étendue, du sommet à son bas fond, et une sonde, introduite dans le canal de l'urètre, arrive dans le bassin; l'os des iles du côté gauche n'est pas fracturé en totalité, mais la balle en a labouré la face interne et creusé un sillon profond dans toute la partie comprise entre l'éminence iléo-pectinée et l'épine sciatique qui a été brisée, elle a dû pénétrer dans la cavité abdominale de haut en bas, et se diriger ensuite de droite à gauche. Les désordres qui existaient à la vessie étaient si étendus, qu'il est probable qu'elle était remplie d'urine et qu'elle s'élevait hors de la cavité pelvienne lorsqu'elle a été frappée par le projectile. Celui-ci, en effet, s'est tellement rapproché de la face interne des os des iles, qu'il n'aurait fait que l'effleurer si elle eût été concentrée derrière le pubis.

CINQUIÈME OBSERVATION.

Plaie de la vessie ayant intéressé les os des iles et le péritoine (Jobert, *Journal hebdomadaire*, 1833). — Mort.

Le nommé Prigny, soldat, âgé de 25 ans, bonne constitution, fut apporté le 6 juin : il venait d'être frappé dans la rue Saint-Martin d'une balle qui étant entrée un peu au-dessus du grand trochanter droit, avait traversé l'os iliaque, pénétré dans l'abdomen, en traversant la région de la vessie, et était venu sortir au-dessus de l'épine iliaque antérieure et supérieure du côté gauche. Immédiatement après son arrivée, on lui pratiqua une forte saignée, 80 sangsues furent appliquées sur l'abdomen, fomentations émollientes, renouvelées souvent, le tout dans l'espoir de prévenir l'inflammation. Vains efforts, dans la nuit le ventre devient très douloureux, la péritonite est intense, nouvelle saignée, nouvelle application de sangsues, le blessé éprouve le besoin d'uriner; on le sonde, et il sort un sang mêlé à de l'urine. Le lendemain au matin des vomissements ont lieu, les traits de la face s'altèrent, le pouls devient petit, concentré, en un mot la mort est imminente, et 24 heures après l'accident, le malheureux succombe.

Autopsie. — Je trouve que la balle avait traversé l'os iliaque droit à quatre lignes de son échancrure sciatique : le trou était complétement rond en dehors comme si on l'eût fait avec un emporte-pièce ; il existait une seule fente qui se dirigeait en haut du côté de la face interne ; la balle avait détaché des esquilles, dont deux furent trouvées dans le psoas droit, et l'autre dans la vessie ; un épanchement considérable de sang existait dans l'abdomen, le péritoine était très rouge, et tous les intestins ballonnés. La vessie était dure, racornie, son sommet avait été traversé et la balle était sortie dans le point indiqué.

Une balle transversalement dirigée peut pénétrer dans le bassin, en avant d'une épine iliaque, traverser la vessie, sortir du côté opposé sans intéresser le péritoine. Tel est le fait de M. Ponéyes.

SIXIÈME OBSERVATION.

Blessure sus-pubienne de la vessie par arme à feu (Ponéyes. *Académie de chirurgie*, t. VI, p. 229).

Un soldat fut blessé à la vessie par une balle qui entra au côté gauche du ventre, immédiatement au-dessous de la crête de l'os iliaque, et qui sortit à peu près vers l'anneau inguinal du côté droit. Ponéyes, qui ne vit ce blessé que le quatrième jour, le trouva avec délire, fièvre ardente, tension dans toute l'étendue du ventre. L'appareil était imbibé d'urine ; les plaies avaient été agrandies et permettaient l'issue de ce liquide. Ponéyes, voyant que l'urine ne sortait point par les voies ordinaires, eut recours à la sonde. L'urine, qui sortait par regorgement du côté des plaies, sortit par l'urètre, l'inflammation de la vessie diminua, et les plaies, pansées simplement, furent guéries en six semaines.

Toutefois on comprend parfaitement qu'une balle arrivée à la fin de sa course intéresse les parois de l'abdomen, et qu'elle tombe dans la vessie, comme cela résulte de plusieurs observations rapportées dans ce travail, dues à Larrey, Langenbek, Baudens, etc.

SEPTIÈME OBSERVATION.

Plaie de vessie avec balle tombée dans le réservoir (Observation empruntée au mémoire de Larrey). — Taille. — Guérison.

Charles Klein, de Berlin, âgé de vingt-cinq ans, robuste et d'une haute stature, chasseur à la solde d'Angleterre, se trouva, le 11 décembre 1800, au combat que les Autrichiens livrèrent aux Français réunis aux Hollandais, près Burgebrock, en Franconie. Dans ce combat, ce chasseur reçut, au moment où il chargeait son arme, un coup de fusil à distance de 20 pas. La balle passa d'abord à travers un sac de peau très fort, qu'il avait sur le dos, déchira un paquet contenant les ustensiles de sa toilette, perça ensuite un manteau épais, un habit, sa culotte, enfin pénétra dans le bassin en perforant le sacrum à la jonction à peu près de la troisième et de la quatrième fausse vertèbre de cet os; elle traversa ensuite le rectum et pénétra dans la vessie. Ce chasseur, dans la chaleur de l'action et dans la légère ivresse où il se trouvait, ne sentit point sa blessure, mais bientôt l'urine, le sang et les matières stercorales confondues, s'échappèrent de l'anus; l'insensibilité de la région de la blessure, principalement du scrotum, des parois postérieures du bassin et du péritoine, se manifesta chez le blessé; elle était sans doute produite par la pression des morceaux d'étoffes et des esquilles enfoncées par la balle sur les nerfs sacrés. Il fut transporté à l'hôpital de Bamberg, où il fut pansé. Après l'extraction des corps étrangers, la paralysie des extrémités inférieures disparut, mais elle fut remplacée par des douleurs vives dans le bassin, surtout dans la région de la vessie. Le malade éprouvait, dans ses mouvements de rotation, la sensation d'un corps rond qui se mouvait dans la vessie. L'urine mêlée de pus continuait à couler par le rectum; son émission était accompagnée d'épreintes et d'efforts douloureux; elle s'arrêtait lorsque le malade était couché sur le dos, il croyait sentir alors un corps étranger qui obstruait le passage de l'urine. Quatre semaines après l'accident, la plaie postérieure du bassin était cicatrisée, et au bout de deux semaines, les plaies du rectum furent guéries, car l'urine n'y passait plus. Cependant la balle restée dans la vessie causa de nouveaux accidents très fâcheux pour le malade : tantôt des rétentions d'urines, douloureuses, alternaient avec des émissions involontaires ou incontinences; tantôt il ressentait de violentes douleurs aux parties génitales. Il perdit par degrés le sentiment qu'il avait d'abord éprouvé du corps étranger roulant dans la vessie. Peu de temps après, il fut transporté à Vienne, où la blessure se rouvrit pour donner issue à quelques esquilles; elle se referma de nouveau. Au bout de quelques jours, de Vienne, il se rendit à Wertheim, fut placé à l'hôpital de la ville et traité aux dépens du prince.

Les médecins reconnurent, à l'examen du blessé, que l'entrée de la balle était parfaitement cicatrisée; on pouvait aussi l'affirmer de la plaie du rectum ou de la vessie, car il ne sortait plus de pus ni d'urine de cet intestin. En portant le doigt dans la cavité, on sentait, sur le côté du col de la vessie, un corps dur qu'on aurait pu prendre pour l'endurcissement de la prostate, s'il eût été situé au centre. Le choc du cathéter introduit dans la vessie produisait, non pas un son clair, comme celui du calcul, mais un son obscur, ce qui portait à croire qu'il provenait de la balle, du coup de feu que le sujet avait reçu dix ans auparavant. Il n'y avait pas d'autre moyen de l'extraire, que l'opération de la taille. Cette opération fut unanimement résolue, et quand il n'y aurait pas eu cette pluralité d'opinions, le malade fatigué de la vessie s'y serait déterminé : elle fut faite avec succès par Langenbeck. Le calcul, de la grosseur d'un petit œuf de poule, laissait apercevoir au centre, une balle d'un calibre ordinaire. Après quelques orages qui vinrent à la suite de l'opération, le militaire fut enfin conduit à une guérison parfaite.

Mais les projectiles qui intéressent les voies urinaires ne passent pas toujours au-dessus ou au niveau du pubis; ils peuvent, en passant au-dessous de cet organe, intéresser le coccyx, le col de la vessie et l'urètre, et cependant ne pas compromettre la vie du malade par la lésion du péritoine, comme cela résulte de l'observation de M. Baudens.

HUITIÈME OBSERVATION.

Coups de feu dans la région périnéale, lésion du coccyx, fistule recto-vésicale. — Guérison (Baudens, *Plaies par armes à feu*).

Un soldat au 3me régiment de ligne reçut à Staoli une balle qui lui enleva, d'arrière en avant, une partie du coccyx, déchira l'anus, laboura la moitié postérieure du périnée, d'où elle fut extraite par une contre-ouverture. La chute des escarres laissa voir une plaie bien plus considérable qu'on ne l'avait pensé d'abord. On reconnut alors une fistule recto-vésicale à l'issue des gaz et des fèces qui s'échappaient par l'urètre. Deux indications principales se présentaient : 1° guérir la fistule, 2° prévenir les rétrécissements de l'anus et l'incontinence des matières fécales, par suite de la destruction partielle du sphincter. Pour prévenir ces infirmités, je laissai dans la vessie une sonde à demeure, après avoir préalablemene coupé un point du tissu qui séparait les ouvertures du rectum et du col de la vessie. Afin de les confondre en une seule,

une très grosse mèche fut laissée dans le rectum, comme après l'opération ordinaire des fistules recto-vaginales ; une portion des brins de charpie qui la composaient furent ramenés vers l'angle antérieur de la plaie, afin de la faire cicatriser du fond vers la circonférence. Le blessé fut soumis au même traitement que, s'il eût subi une opération des fistules anales. Quelques saignées générales combattirent efficacement la fièvre traumatique, et deux mois plus tard, il fut radicalement guéri.

A coup sûr, une des circonstances les plus heureuses des plaies de la vessie par armes à feu, c'est que le coup soit obliquement dirigé de haut en bas ou de gauche à droite, *et vice versâ*, car alors la balle, soit directement, soit par réflexion, plonge dans le petit bassin après avoir lésé des organes plus ou moins importants, mais en ayant respecté le péritoine. Toutes les balles qui traversent la région hypogastrique ne lèsent point la membrane séreuse abdominale. Le fait suivant, emprunté aux mémoires de l'Académie de chirurgie, est assez intéressant pour être inséré dans ce travail.

NEUVIÈME OBSERVATION.

Plaie de la région hypogastrique, issue de la balle par la partie inférieure du sacrum. — La vessie reste intacte. — Guérison (*Mémoires de l'Académie de chirurgie*).

Un soldat fut blessé à la bataille de Raucou ; la balle, après être entrée immédiatement au-dessus du pubis, sortit à l'extrémité inférieure du sacrum. Des symptômes assez graves survinrent, ils furent combattus avec succès. Bref, la guérison survint, sans que les urines eussent interrompu leur cours naturel. Pour expliquer ce phénomène, il faut bien admettre que le trajet de la balle n'a pas été rectiligne, car en enfonçant un instrument au-dessus du pubis, et en le faisant passer de la pointe au sacrum, il est impossible, même lorsqu'on a pris la précaution de vider la vessie, que cette dernière ne soit point lésée.

Les balles, en intéressant la vessie, ne produisent pas toujours la déchirure de cet organe ; elles peuvent n'amener qu'une contusion de ces parois, et ce n'est que consécutivement que les

signes de la lésion du réservoir urinaire apparaît quand l'escarre s'élimine ; c'est ainsi, du moins, que je m'explique l'observation très intéressante du docteur Fleury, de Clermont.

DIXIÈME OBSERVATION.

Plaie de la fesse, lésion de la vessie, fistule urinaire. — Guérison (Fleury).

Fourvel, âgé de dix-huit ans, fut frappé, dans la soirée du 10 septembre, par une balle qui pénétra à la partie moyenne de la fesse droite, au niveau de la grande échancrure sciatique, entre l'os des iles et le sacrum, et qui vint se perdre dans quelques unes des parties du bassin, car il n'existait point de plaie de sortie. Immédiatement transporté à l'Hôtel-Dieu, le malade accuse peu de douleurs, elles ne se font sentir que lorsqu'il exécute quelques mouvements ; l'abdomen a conservé toute sa souplesse, il est insensible à la pression ; il n'y a point d'envie de vomir ; le pouls est sans fréquence ; un lavement, qui fut administré peu de temps après son entrée à l'hôpital, entraîna des matières de couleur et de consistance naturelles ; mais les urines étaient sanguinolentes, quoique rendues sans efforts. Cette circonstance indiquait l'existence d'une lésion dans quelques parties de l'appareil urinaire. Le malade fut soumis à une diète sévère, une saignée du bras fut pratiquée, des cataplasmes émollients furent appliqués sur l'abdomen, il ne survint les premiers jours aucun des accidents que l'on pouvait redouter, après une blessure de la nature de celle que nous observions. L'abdomen ne s'est même pas tuméfié, l'urine est devenue claire et limpide, et nous pouvions espérer que le réservoir dans lequel elle séjourne n'avait point été atteint, du moins qu'il n'y existait qu'une lésion légère.

Dans la journée du 14 au 15 septembre, le malade incommodé par l'humidité dont ses draps sont tout à coup imprégnés, fait appeler l'interne de garde, à qui il n'est pas difficile de reconnaître à l'odeur qui s'exhale quel est le liquide qui s'est répandu dans son lit. Toute l'urine qui coulait par la vessie était sortie par la plaie de la fesse ; il ne s'en était point écoulé une seule goutte par la verge ; il n'existe du reste aucun symptôme de péritonite, aucun signe d'épanchement dans la cavité pelvienne, ni d'infiltration urinaire, dans les parties molles qui en recouvrent les parois ; le pouls n'est pas plus fréquent, les nuits sont bonnes, l'appétit excellent. On a le soin de changer plusieurs fois par jour les alèzes qui garnissent la couche.

L'état du blessé est resté stationnaire trois jours. Au bout de ce temps, il commence à rendre quelques gouttes d'urine par la verge, mais le lendemain elle a repris son ancienne direction. Bientôt le liquide a fini par se diviser en

deux parties, l'une qui sort par la plaie, l'autre par les voies naturelles; enfin le 20, elles passent par la verge. A la fin du mois, la plaie était cicatrisée, et le malade a pu quitter l'hôpital dans les premiers jours d'octobre.

Cette observation est bien digne de fixer l'attention; la direction de la plaie, son siége dans l'épaisseur de la fesse et l'écoulement d'une urine teinte de sang, tout portait à penser que la vessie avait dû être lésée; mais bientôt le liquide reprend sa couleur normale, ce qui jette de l'obscurité sur le diagnostic que l'on a cru devoir porter le premier jour. Ce n'est que le cinquième que les doutes sont dissipés lorsque l'escarre se détache. Une perte de substance doit exister à la vessie : quelle est maintenant la partie de l'organe qui a été atteinte par la balle? Comment ne s'est-il point fait d'épanchement dans le péritoine? c'est ce que l'on ignore. On ne peut rendre compte de ce fait qu'en admettant une lésion de la poche urinaire qui n'est point recouverte par la membrane séreuse; c'est probablement le bas-fond de l'organe qui a été atteint par le projectile dans la région où les parois offrent le plus d'épaisseur et où les fibres musculaires sont le plus rapprochées, c'est le phénomène que l'on observe après la taille hypogastrique ou sus-pubienne, avec cette différence immense qu'après une opération pour extraire une pierre, la plaie est nette et produite par un instrument tranchant; tandis qu'à la suite d'un coup de feu, les bords en sont contus et n'ont aucune tendance à se réunir, avant la chute des escarres de l'élimination des parties mortifiées.

Les plaies qui nous occupent sont loin d'être simples, de n'intéresser que la paroi antérieure ou postérieure du réservoir urinaire, son bas-fond ou son col, toujours les parties molles voisines sont intéressées; les os du bassin eux-mêmes peuvent être fracturés : tantôt c'est la partie horizontale du pubis, ainsi que le démontre l'observation suivante.

ONZIÈME OBSERVATION.

Blessure de la vessie, fracture partielle du pubis (*Journal de Sédillot*, t. XLII, p. 170). Observation de M. Gaultier.

Un soldat d'un régiment d'infanterie de ligne reçoit, dans le commencement de juillet 1808, lors de l'expédition de Valence, un coup de feu dont la balle

frappe et brise partiellement l'os pubis, et va sortir à la face postérieure du bassin, vers la partie latérale droite du sacrum, un peu au-dessus de son articulation avec le coccyx. Des esquilles sortent encore de cette plaie, qui par là et surtout par sa position dans l'épaisseur du sacrum, indique qu'une partie de l'os a été fracturée ; en outre, l'urine et les matières fécales s'écoulent par la plaie de derrière, et l'urine seule par celle de devant. La sortie du liquide contenu dans une cavité, étant le seul signe pathognomonique qu'on puisse avoir de la pénétration d'un instrument vulnérant dans cette cavité, nul doute ici que le rectum et la vessie n'aient été percés de part en part, puisque ces organes laissent échapper les matières dont ils sont les réservoirs.

Je ne dirai pas comment le malade n'a point succombé de suite à une blessure aussi grave, comment l'épanchement des matières fécales n'a pas eu lieu dans l'abdomen et le petit bassin ; ou même s'il a eu lieu, comment le malade n'a point succombé promptement aux accidents inflammatoires et gangréneux qui ont dû en être la suite immédiate. Je n'insisterai point sur la position désagréable dans laquelle il se trouvait d'ailleurs, presque sans secours chirurgicaux, sur une mauvaise charrette, sans pain pour apaiser sa faim, ni eau pour étancher sa soif ; au milieu des sables du royaume de Valence sous l'influence pernicieuse de chaleur brûlante pendant le jour, et de nuits extrêmement fraîches ; seulement le fait existe et je me contente de le rapporter. Le malade, arrivé à Madrid à la fin de juillet, y a été laissé lors de la retraite, dans le mois d'août, et je l'ai retrouvé dans le mois de décembre, plus de six mois après l'accident, jouissant d'une parfaite santé. La plaie postérieure était parfaitement cicatrisée, et depuis longtemps les matières fécales et l'urine avaient cessé d'y passer. La plaie antérieure était réduite à un petit orifice fistuleux situé au fond d'une dépression profonde qui se trouvait immédiatement au-dessous du pubis. On aurait vu une fistule sus-pubienne, résultat de la présence trop longtemps continuée d'un trocart ; après une ponction hypogastrique, il s'en échappait quelques gouttes d'urine quand la vessie était trop pleine. Le malade avait éprouvé longtemps une grande faiblesse et presque une paralysie des membres inférieurs, surtout de l'extrémité droite. Quand je le vis, à peine restait-il quelques traces de faiblesse dans ces parties.

D'autres fois c'est la partie descendante du pubis : telle est l'observation de Larrey, relative à un officier qui fut blessé à la bataille de Hanau ; tantôt c'est la tubérosité sciatique ; d'autres fois c'est l'iléum, le sacrum ; une fois même, comme l'a observé Percy, la balle n'avait point seulement intéressé l'os

des iles, elle avait en outre traversé l'articulation coxo-fémorale et brisé la tête du fémur.

DOUZIÈME OBSERVATION.

Blessure de la vessie par arme à feu. — Fracture de l'os des iles et du col du fémur droit. (*Journal de médecine*, t. XXVIII, p. 364.) Observation de Percy.

Lamy, âgé de trente-sept ans, sous-lieutenant au 15e régiment de chasseurs à cheval, reçut dans une affaire près de Sidano, province de Burgos, en Espagne, un coup de feu dans l'abdomen. La balle, dirigée de gauche à droite, entra à un pouce au-dessus du pubis sur la direction de la ligne blanche, et vint se montrer à la partie externe de la cuisse droite, à la hauteur de l'articulation avec le bassin. Aussitôt après la blessure, le malade ressentit une douleur des plus vives à la hanche, et ce ne fut qu'à l'aide de plusieurs personnes qui le maintenaient sur son cheval, qu'il parvint à l'ambulance, éloignée de deux cents pas de l'endroit où il avait reçu la balle. Là le chirurgien chargé du service retira la balle qui était aplatie dans plusieurs points de sa circonférence et s'aperçut qu'un peu d'urine transsudait par la plaie de la région hypogastrique. On transporta sur un brancard le blessé à Burgos, et il entra le 1er juin 1812 à l'hôpital militaire de Barrentès, quarante heures après l'accident. A son arrivée, l'urine sortait en grande quantité par la plaie formée par l'entrée de la balle, et nullement par les voies naturelles. On introduisit par la verge, dans la vessie, non sans quelque difficulté, une sonde de gomme élastique qui donna issue à la portion de liquide qu'elle contenait; mais la majeure partie continua à passer par la plaie, on mit le blessé à la diète des maladies aiguës; on entretint la liberté du ventre pendant les premiers jours qui suivirent l'accident. La maladie fut assez grave, mais bientôt les symptômes devinrent alarmants; la fracture de l'os des iles et du col du fémur fut reconnue, et après cinquante-six jours de souffrance, ce malheureux succomba.

A l'autopsie, on trouva :

La vessie était percée en deux endroits, dans la région antérieure et supérieure; l'intervalle des deux plaies de 6 ou 7 lignes; l'ouverture formée par l'entrée de la balle était en rapport avec les parois de l'abdomen par une adhérence qui existait au moyen du tissu cellulaire entre la vessie et les muscles droits : celle formée par la sortie était aussi adhérente au passage de la balle au bord antérieur de l'os des iles, dans la coulisse sur laquelle glisse le tendon commun aux muscles psoas et iliaque. Avant de poursuivre le trajet de la balle, voyons quel était l'état de l'abdomen.

Les intestins étaient météorisés; la vessie vide était remplie, dans son bas-fond, d'une liqueur blanchâtre, onctueuse; la membrane muqueuse était un peu épaissie; le tissu cellulaire qui l'environnait, ainsi que le péritoine dans toute son étendue, était sain; la face, ainsi que les autres viscères abdominaux, paraît n'avoir souffert aucune altération.

La balle, ayant traversé la vessie, avait passé sur le bord antérieur de l'os des iles, dans la partie décrite ci-dessus, et pénétré dans l'articulation iléo-fémorale du côté droit, réduit en esquilles les bords de la cavité cotyloïde ainsi que la tête du fémur. Les ligaments ronds et orbiculaires, ainsi que les cartilages darthroïdiaux, étaient détruits; plusieurs esquilles se trouvaient engagées dans les parties molles, environnant l'articulation, et une suppuration exhalant une odeur fétide fusait entre les interstices des muscles; la poitrine ouverte n'offrait qu'un léger épanchement séreux.

La marche de la maladie, ainsi que l'autopsie cadavérique, montrait évidemment qu'il ne s'était fait aucune infiltration urineuse dans le tissu cellulaire environnant la vessie; accident tout à craindre dans les lésions de ce viscère.

Nécessairement il a fallu, pour que cette infiltration n'eût point lieu, que les adhérences remarquées lors de l'inspection du cadavre eussent existé presque aussitôt le coup reçu; mais comment expliquer leur formation? Ces mêmes adhérences rendent raison de l'impossibilité dans laquelle était le malade de rejeter par les voies naturelles l'urine en dehors, dès que les muscles abdominaux et diaphragmatiques cessaient de se contracter. Malgré cet obstacle aux fonctions de la vessie et la gravité de la blessure, je pense que nos soins en eussent opéré la guérison sans la funeste complication de la fracture de l'articulation iléo-fémorale.

Une des lésions les plus communes accompagnant les plaies de la vessie, c'est la lésion de l'intestin, soit grêle, comme l'ont vu MM. Kéraudren et Fleury, soit la partie inférieure du rectum: des faits de ce genre ont été rapportés par Dupuytren, Baudens, Larrey et moi. L'intestin rectum n'est point intéressé dans le même point, comme cela résulte d'observations diverses insérées dans ce mémoire.

TREIZIÈME OBSERVATION.

Blessure de la vessie et du rectum (Larrey, *Mémoires de chirurgie militaire*, t. XXI).

François Chaumette, chasseur à cheval du 22e régiment, blessé à la bataille de Tabor. La balle traversa le bassin de l'hypogastre à un travers de doigt du pubis au point de la fesse gauche qui répond à l'échancrure sciatique. La direction de la blessure et l'issue des matières fécales et urinaires par les deux plaies m'assuraient de la lésion de la vessie et de celle de l'intestin rectum. M. Milioz, chargé de la direction chirurgicale de la division Kléber, suivit avec soin le procédé qu'il m'avait vu mettre en usage au siége d'Acre. A l'époque de la suppuration, le malade éprouva de la fièvre, à la chute des escarres les matières coulèrent en abondance; la sonde introduite dans la vessie prévint l'infiltration de l'urine et facilita ainsi l'adhérence des lèvres de la plaie de ce viscère qui se cicatrisa la première. Ce malade fut parfaitement guéri à son retour au Caire.

QUATORZIÈME OBSERVATION.

Lésion de la vessie et du rectum, par Dupuytren. — Mort.

Dulondel (Irène), âgé de trente ans, fourrier au 3e régiment de l'ex-garde royale, d'une forte constitution, a été blessé le 29 juillet à la Porte-Saint-Denis. Une balle lancée d'une maison vint frapper la partie supérieure de l'abdomen, au côté gauche de la ligne blanche et faire saillie à la fesse droite en arrière de la tubérosité de l'ischion, après avoir fracturé le pubis et l'ischion gauche et traversé le col de la vessie et la partie inférieure du rectum, immédiatement au-dessous du sphincter. On fit une incision pour extraire la balle du tissu sous-cutané de la fesse. La plaie antérieure, de la largeur d'une pièce de 2 francs, laissa dès le principe échapper des matières fécales et de l'urine ; autour d'elle existait une forte ecchymose. La contre-ouverture ne tarda pas à devenir une fistule stercorale. Quant à la verge, elle ne donnait pas d'urine, de telle sorte qu'il était permis de penser que la continuité de l'urètre était interrompue. Le malade fut saigné, on lui appliqua des sangsues à plusieurs reprises ; rien ne fut négligé pour les soins de propreté, nul symptôme de péritonite ne survint. Vers le 10 août on retira par la plaie antérieure une partie blanche, recouverte par des matières urineuses stercorales, que l'on

prit pour une portion d'intestin, mais qui n'était réellement qu'une portion d'aponévrose exfoliée; le 15 août on découvrit sous le muscle grand pectoral gauche une tumeur considérable, indolente, sans changement de couleur à la peau et fluctuante. On l'ouvrit par une simple ponction, pratiquée dans la partie la plus déclive, c'était un énorme abcès contenant un pus bien lié ; on chercha à rétablir le cours des urines par l'urètre à l'aide d'une sonde de gomme élastique laissée à demeure. Par cette sonde l'urine s'écoulait limpide et transparente; les matières stercorales sortaient en moindre quantité par la plaie de l'hypogastre. L'abcès de la poitrine guérit promptement, la plaie du bassin continua à fournir une suppuration abondante, une diarrhée opiniâtre s'établit, des escarres se formèrent sur les parties saillantes du corps. Le malade épuisé tomba dans le marasme et succomba au commencement de septembre, n'ayant jamais donné de signes de péritonite, ni d'aucune autre inflammation intérieure, la plaie de la fesse droite était tout à fait fermée. Autopsie quarante-deux heures après la mort.

Habitude extérieure. — Marasme très avancé, escarres au sacrum, trace des escarres cicatrisées sur le grand trochanter gauche, ouverture fistuleuse assez large en arrière, entourée par une membrane rouge encore lisse, et au fond de laquelle on sent des parties d'os nécrosés.

Tête et poitrine, rien de remarquable.

Abdomen. — La cavité du péritoine ne contient pas la moindre trace de sérosité; cette membrane est violacée; dans l'excavation pelvienne on rencontre à peine quelques plaques d'injection dans tout le canal intestinal, mais dans l'S iliaque du côlon et dans le rectum, la membrane muqueuse est le siége d'une injection capillaire d'un rouge brun très intense, avec quelques excoriations allongées, grisâtres au bas du rectum, où l'on trouve : 1° A la partie latérale gauche et un peu en avant au-dessus du sphincter (1 pouce au-dessus) une ouverture pouvant recevoir le doigt indicateur et qui se dirige vers la plaie du pubis, et qui pendant la vie livrait une libre issue aux matières stercorales. 2° Une autre ouverture opposée à la précédente et placée à la partie postérieure et droite de l'intestin, très rétréci et ne pouvant pas recevoir l'extrémité du petit doigt se dirigeant vers la plaie de la fesse par un petit trajet étroit et revenu sur lui-même.

La vessie est très petite, elle ne pouvait pas contenir un œuf de poule; son col est tout à fait divisé dans sa portion prostatique, la prostate est en partie détruite par la suppuration.

Là existe un foyer où l'on voit : 1° l'ouverture du rectum; 2° l'ouverture du col de la vessie; 3° l'ouverture de l'urètre en avant, les os ischion et pubis gauches sont dénudés et fracturés, l'articulation pubienne, dénudée, mobile,

baignée par le pus, la partie antérieure de l'urètre est un peu injectée. Rien de remarquable dans les vaisseaux artériels et veineux du bassin.

Les organes génitaux eux-mêmes ont souvent été plus ou moins compris dans les plaies de la vessie ; c'est ce que l'on voit par une observation précédente extraite du travail de Larrey ; d'autres fois l'urètre, la prostate, les vésicules séminales furent intéressés. L'autopsie n'a pas démontré ces lésions ; mais je ne doute pas que, dans le fait qui m'est propre, ces organes n'aient été lésés. Quelquefois les éléments vasculaires du cordon, l'artère épigastrique ont été coupés, ce qui donne lieu à des hémorrhagies souvent graves et répétées, à des atrophies du testicule ; telles sont les observations rapportées dans les mémoires de l'Académie de chirurgie et dans les mémoires de l'Académie des sciences.

QUINZIÈME OBSERVATION.

Blessure de la vessie. — Section de l'artère épigastrique.— Hémorrhagie.— Guérison. (*Mémoires de l'Académie des sciences*, 1725, p. 411).

Un maçon de Lauzanne, âgé de vingt-cinq ans, reçut en 1724 un coup de fusil dans le bas-ventre. La balle, qui pesait une once, entra dans la partie gauche de l'abdomen, à un pouce de l'os pubis et à deux doigts de la ligne blanche, perçant le muscle droit, l'artère épigastrique, le fond de la vessie et l'os sacrum, dans leurs parties latérales gauches, et elle sortit à trois travers de doigt à côté et au-dessus de l'anus. Les tuniques des vaisseaux spermatiques du côté gauche furent blessées, ce qui attira une inflammation au testicule et au scrotum. Le déchirement de la vessie fut considérable, puisque l'urine ne coula plus que par les plaies, il n'y eut aucun intestin d'offensé. Le malade eut de grandes hémorrhagies pendant les premiers jours ; il paraît que le sang s'était accumulé dans la vessie, ce qui produisit les accidents graves qui doivent accompagner les hémorrhagies internes, tels que, fièvre, insomnie, délire, soif ardente, rétention, dans la vessie du sang, de l'urine, tension du bas-ventre, enfin le malade fut dans le plus grand danger.

Après avoir employé vainement un grand nombre de moyens, M. Martin, médecin du malade, fit des injections émollientes dans la vessie ; elles favorisèrent, selon ce médecin, la dilatation des plaies de ce viscère et l'issue par cette voie et par l'urètre du sang et de l'urine. Dès ce moment les symptômes alarmants disparurent et le malade fut conduit à la guérison.

SEIZIÈME OBSERVATION.

Blessure de la vessie par un coup de feu. — Épanchement de sang. — Guérison (*Mémoires de l'Académie de chirurgie*). Observation de Verdier.

Cet auteur, Verdier, raconte un fait qui lui fut communiqué par un chirurgien de Paris, nommé Guérin. Il s'agissait d'un homme qui reçut un coup de feu dont la balle entra un peu au-dessus du pubis et sortit à quatre travers de doigt à côté de l'anus; l'urine s'écoula par les deux plaies, la vessie se remplit de caillots de sang. L'escarre ordinaire aux plaies par armes à feu laissa par sa chute ou sa séparation, une grande brèche à la vessie. On travailla à la réunion de la plaie du ventre, mais la plaie postérieure fut dilatée et l'ouverture fut entretenue par une sonde garnie; des injections y furent poussées pendant vingt-cinq jours, et deux mois après, la guérison était parfaite.

Les signes qui caractérisent une pareille lésion sont ou primitifs ou consécutifs.

Les signes primitifs sont une douleur plus ou moins vive au moment de l'accident, une chute plus ou moins prompte, avec sentiment de faiblesse et de défaillance ; le malade éprouve le besoin ou d'uriner ou d'aller à la garde-robe. Quelquefois il se produit une hémorrhagie abondante. Quant aux plaies, elles sont variables, suivant les instruments employés, la distance et l'intensité de la charge. Souvent le cathétérisme est facile; une fois il fut impossible, comme l'a signalé Bourienne dans l'observation suivante. N'oublions pas de signaler que dans une circonstance le blessé, au dire de Larrey, ne s'aperçut pas, dans le moment, de la grave blessure qu'il venait de recevoir.

DIX-SEPTIÈME OBSERVATION.

Plaie de la vessie par arme à feu (*Journal de médecine*, t. XXXIX, p. 426). Observation de Bourienne.

Le nommé Lavigne, grenadier de France, âgé de trente ans, d'un tempérament sanguin bilieux, fut blessé, le 24 juillet 1762, à la bataille qui eut lieu près de Cassel. Il fut transporté tout de suite à un des hôpitaux de cette place. Je l'examinai dès l'instant de son arrivée et reconnus sans peine que la balle traversait la vessie dans sa partie latérale droite; elle avait son entrée à la partie supérieure de la symphyse, des os du pubis, et sortait à la partie postérieure de l'os iléum entre la tubérosité et l'extrémité de l'apophyse transverse de la dernière vertèbre lombaire. Je dilatai les plaies afin de m'assurer s'il n'y avait point de fracture aux os pubis et postérieurement à l'iléum; je n'en reconnus point. La partie postérieure de la branche des os pubis était contuse. Je pansai le blessé méthodiquement en faisant attention de ne pas tamponner les plaies, présumant que l'urine n'aurait point du tout ou qu'avec peine son cours par les voies urinaires. Le blessé fut saigné deux fois du bras dans la journée, pour prévenir la tension et le gonflement du bas-ventre. J'appliquai des fomentations sur cette région dont l'effet fut secondé par des lavements de même nature. Le blessé passa la nuit avec beaucoup d'agitation. La fièvre, la chaleur de la peau, une douleur très aiguë à la région de la vessie lui causaient beaucoup d'inquiétude; malgré les envies qu'il avait d'uriner et les efforts qu'il faisait, il n'a pu rendre une goutte d'urine par l'urètre. Le peu de charpie qui était aux plaies s'était opposé à la sortie de l'urine par cette voie, ce qui occasionnait une distension douloureuse à la vessie; en lavant l'appareil et ayant retiré toute la charpie, la vessie s'est trouvée dans un état de vacuité, ce qui a fait cesser la tension et les douleurs. Les plaies furent pansées à l'extérieur avec un digestif simple afin d'accélérer la suppuration; les fomentations et les lavements ont été continués; seul soin de recommander au malade de ne boire que très peu afin d'éviter les douleurs vives de la vessie excitée par l'urine. Je voulus sonder le blessé dans le commencement; je prévoyais d'avance que j'aurais de la peine à pénétrer dans la vessie, la balle ayant traversé cet organe près de son col; aussi les différentes tentatives que j'ai faites ayant fait éprouver au blessé beaucoup de douleurs, les pansements étant fréquents, le blessé étant toujours mouillé par la présence de l'urine. Le 8, la suppuration commençait à s'établir, quoique le malade eût de la fièvre, la tête pesante et embarrassée, ce qui me détermina à réitérer la saignée; la fièvre et le mal de tête ont cédé à son effet. Le malade ayant des douleurs d'estomac, la bouche mauvaise et la langue chargée,

je lui fis prendre un doux minoratif, dont il éprouva un bon effet. Le blessé était toujours à une diète rigoureuse, l'urine continuant à sortir par les deux plaies. Le douzième jour, je voulus tenter de nouveau à introduire la sonde. L'extrémité parvenue au col de la vessie y trouvait un obstacle qui l'empêchait d'entrer ; je ne voulus point forcer, étant assuré que la vessie était percée près de son col, que l'inflammation qui précède la suppuration avait occasionné dans la partie un gonflement considérable qui s'opposait à l'entrée de la sonde. Les urines ont continué à sortir par les plaies pendant trois semaines ; cela n'empêchait pas le blessé d'acquérir des forces et d'aller de mieux en mieux. Au bout d'un mois j'obtins la cicatrice de la plaie postérieure, l'urine ne sortit plus que par l'antérieure, mais avec plus d'abondance. Le blessé, pendant ce temps, ne cessa d'éprouver des douleurs au col de la vessie ; au bout de six semaines elles ont disparu. Je pris alors le parti de sonder le blessé : j'entrai avec aisance dans la vessie sans rencontrer d'obstacle, je laissai l'algali pendant vingt-quatre heures ; l'urine prit son cours par les voies ordinaires ; dès lors il n'en sortit presque plus par la plaie antérieure ; cette dernière plaie s'est trouvée presque cicatrisée. Le deuxième mois, il restait un petit suintement entretenu par une petite esquille de l'os pubis dont j'ai obtenu promptement la séparation. Le malade a été guéri en trois mois.

A ces symptômes primitifs vont succéder promptement les symptômes consécutifs dépendants de divers organes intéressés, tels que, inflammation de la vessie, du rectum, quand ces organes ont été blessés en même temps. Les éléments contenus dans ces réservoirs communiquent de l'un à l'autre en même temps qu'ils se portent continuellement au dehors ; des réactions vives surviennent. Les urines peuvent s'infiltrer dans le petit bassin et donner lieu à des suppurations abondantes ; des esquilles, des corps étrangers tombés dans la vessie ou arrêtés dans les parois de cet organe ont aussi le même résultat. Le péritoine très voisin peut participer à l'excitation des parties voisines, et une inflammation intense de cette membrane peut éclater ; il va sans dire que si le péritoine a été entraîné, si l'urine, des matières fécales ont coulé dans la cavité abdominale, la mort est prompte, comme cela résulte d'observations citées plus haut.

Les organes génitaux plus ou moins intéressés participent à ces phénomènes inflammatoires; il peut survenir une inflammation des enveloppes du testicule, du testicule lui-même, tenant soit à une infiltration urineuse, soit à une lésion du cordon; la verge peut se tuméfier, et le périnée participer à cet état.

DIX-HUITIÈME OBSERVATION.

Plaies de la vessie, infiltration d'urine dans les bourses. Gangrène. — Guérison (Larrey).

Un nommé Desjardins, fusilier dans la 32e brigade, fut blessé dans une sortie que fit la garnison de Saint-Jean d'Acre, par une balle qui lui traversa le bassin de l'échancrure sciatique gauche aux bourses du côté droit, où elle s'arrêta. Le bas-fond de la vessie fut perforé dans deux points opposés et l'urine s'infiltra dans les bourses, qui s'enflèrent prodigieusement et tombèrent en gangrène. L'entrée de la balle fut débridée et les bourses furent incisées là où la balle s'était arrêtée; les jours suivants on fit de nombreuses scarifications sur ces parties pour arrêter la gangrène et diminuer le travail de la nature dans la chute des escarres; une sonde fut mise à demeure dans la vessie pour prévenir une nouvelle infiltration urineuse. Après quinze jours de souffrance la guérison fut assurée.

Enfin, quand les premiers phénomènes inflammatoires sont passés, ou en même temps qu'eux, on voit quelquefois survenir un ténesme vésical très grand, avec douleur, sensation d'un corps étranger dans la vessie et excitation du côté du col. Un cathéter introduit au centre de cet organe, ou le doigt porté par la partie antérieure de la vessie, ou par le rectum, quand ce dernier a été intéressé, on sentira des corps étrangers s'ils existent, tels que balles, fragments d'os, etc., etc. D'autres phénomènes peuvent encore apparaître tenant à diverses lésions, ce sont des paralysies consécutives à des blessures de nerfs; des suppurations liées à des altérations osseuses, des arthrites tenant à l'inflammation de la symphyse pubienne ou de l'articulation coxo-fémorale comme l'a observé Percy; enfin des

calculs peuvent se former dans la vessie, ayant pour point de départ une balle, des fragments d'os, etc.

Le diagnostic de cette lésion est heureusement assez facile : le point d'entrée de la balle, le point de sortie, les circonstances anatomiques et physiologiques dans lesquelles se trouve la vessie au moment de l'accident, et surtout l'écoulement d'un peu d'urine, par la plaie soit antérieure soit postérieure, ne laisseront dans l'esprit aucun doute sur l'accident qui fait l'objet de ce travail. Toutefois ce dernier signe peut manquer au moment de l'accident, et n'apparaître que plus tard, ainsi que l'a observé M. Fleury. Le cathéter, le toucher par le rectum, pourront éclairer le chirurgien sur plusieurs particularités de l'accident, particularités que d'ailleurs il importe de connaître tout de suite afin d'instituer un traitement convenable et prévenir des accidents.

Il est une question médico-légale qui se présente à propos de ces plaies comme à propos de toutes les plaies par armes à feu, c'est de déterminer les caractères de la plaie d'entrée et de sortie de la balle. Dans les deux faits qu'il m'a été donné d'observer, la plaie d'entrée était plus grande que la plaie de sortie.

La marche et le pronostic de ces lésions est très variable. Si la paroi antérieure de la vessie est seule intéressée, la guérison peut être prompte; mais si le rectum est traversé, le blessé peut encore guérir; c'est même une complication assez peu grave si l'on en juge par les observations que j'ai consignées dans ce mémoire. La lésion des os du bassin donne souvent lieu à des esquilles qui, devant être éliminées, peuvent compromettre plus ou moins la guérison et même la vie des malades; j'en dirai autant de la blessure du cordon, du testicule, de l'urètre, toutes lésions qui compromettent l'existence de ces organes, soit primitivement, comme dans le fait de Larrey, soit consécutivement, comme je l'ai vu sur le garde national qui fait

l'objet de mon observation. Les corps étrangers tombés dans la vessie ajoutent nécessairement une certaine gravité au pronostic, car il faudra les extraire, et la lésion nouvelle faite à la vessie par le chirurgien, ou les manœuvres diverses que leur extraction nécessite, ajouteront au pronostic en retardant la guérison. Toutefois on a vu des malades guérir très promptement en un mois, six semaines, tandis que d'autres furent des mois et des années. On jugerait mal de la gravité des plaies de la vessie, sans lésion du péritoine, si on ne lisait pas avec attention les observations que j'ai consignées dans ce travail. En effet, elles sont presque toutes terminées par la guérison; mais si l'on songe que les auteurs qui les ont rapportées, pour la plupart au moins, ne les ont mentionnées que parce qu'elles présentaient quelque chose de curieux, d'intéressant; on comprendra comment, en présence de tant de faits de guérison, je conclus à la gravité des plaies de la vessie par armes à feu sans lésion du péritoine.

Dans le traitement des plaies de la vessie, il se présente plusieurs indications à remplir : la première est de favoriser l'écoulement de l'urine, soit par le canal de l'urètre, en introduisant une sonde dans la cavité vésicale quand la chose est possible, soit par les plaies elles-mêmes, afin de prévenir l'infiltration urineuse. Il faut avoir recours, comme cela a été fait souvent par Larrey et beaucoup d'autres chirurgiens, à un débridement sage, ou pour mieux dire, à un certain agrandissement de la plaie d'entrée et de sortie, afin de favoriser l'écoulement de l'urine et l'extraction des corps étrangers qu'un trajet oblique ne permet point d'atteindre. Ce débridement, je ne le propose point au point de vue général des plaies par armes à feu, mais pour remplir une indication pratique, immédiate. Il importe également de vider le rectum, si ce dernier surtout a été intéressé. Les accidents hémorrhagiques, nerveux, seront combattus

par les moyens convenables; des applications froides seront faites avec avantage sur la région hypogastrique.

Mais bientôt vont apparaître des phénomènes inflammatoires avec tension abdominale et douleurs vives du côté de la vessie et retentissement du côté du péritoine. Ces accidents seront vivement combattus par des saignées générales ou locales. Devergie fit huit saignées à son blessé et ce dernier guérit; sur un des deux que j'ai observés, jeune homme lymphatique et nerveux, des applications de sangsues furent faites pour combattre une péritonite imminente, avec beaucoup de succès. L'inflammation de cette sorte est fixée dans la région hypogastrique; on seconde l'action des émissions sanguines, par des fomentations et des cataplasmes émollients. Des injections tièdes seront faites dans la vessie, soit par l'urètre ou la plaie antérieure, si la chose est possible, de façon à entraîner des caillots sanguins qui peuvent être arrêtés dans ce réservoir; il importe surtout, pendant cette période, si le rectum a été intéressé, d'éviter les garde-robes : les efforts qu'elles exigeraient, le passage des matières fécales dans la vessie, les injections abondantes qu'il faudrait pratiquer pour faire disparaître ces matières, ne pourraient qu'augmenter l'irritation.

J'ai continué chez mon malade les préparations opiacées pendant sept ou huit jours, et ce ne fut que lorsque les accidents inflammatoires furent calmés, que je provoquai les selles; si le péritoine avait été lésé, si l'urine s'était épanchée dans sa cavité, il y aurait à craindre que le malade ne succombât à cette période. Lorsque les phénomènes inflammatoires ont diminué, que les plaies se détergent, il faut enlever avec grand soin les flocons de tissu cellulaire gangrené. Si la sonde qui a été mise dès le début de l'accident fatiguait le malade, on pourrait l'ôter momentanément : les adhérences produites autour des plaies de la vessie préviendraient l'infiltration urineuse. Alors le chi-

rurgien doit s'occuper des complications qu'il a dû négliger au moment de l'accident ; c'est ainsi que dans un cas où le cordon testiculaire avait été coupé et où une gangrène des bourses était survenue, Larrey pratiqua la castration.

DIX-NEUVIÈME OBSERVATION.

Coup de feu ayant traversé la vessie et coupé le cordon articulaire droit. — Ablation du testicule. — Guérison (Larrey).

Un officier fut atteint, au combat du Hanau, le 30 octobre 1813, d'une balle qui traversa les bourses en coupant le cordon des vaisseaux spermatiques droits, pénétrant obliquement en échancrant la branche inférieure du pubis près de la symphyse, entamant l'urètre, entrant dans la vessie, la traversant dans son bas-fond en arrière, et à gauche, perforant l'intestin rectum dans ses deux parois et se faisant jour au sommet de la fesse gauche à un pouce environ de la marge de l'anus ; l'issue de l'urine et des matières stercorales par les plaies et par l'intestin ne laissaient aucun doute sur la double lésion de ce viscère. Ce blessé fut apporté à l'hôpital de Mayence, où j'eus occasion de suivre et de diriger son traitement. Le peu d'urine qui s'était échappée avait suffi pour frapper de mort le tissu cellulaire de ces parties. L'extirpation du testicule que la rupture du cordon avait également privé de la vie, et les scarifications profondes arrêtèrent les progrès de la gangrène, les escarres se détachèrent ; tous les accidents s'apaisèrent, et le blessé, qui jusqu'alors avait donné peu d'espérance, se trouva hors de danger. Je passai une sonde de gomme élastique dans l'urètre, je prescrivis des lavements émollients et le régime indiqué, l'urine et les matières fécales ont passé pendant quelque temps par la plaie postérieure. Il est sorti aussi à différentes époques par l'urètre des fragments d'os dont l'avulsion était accompagnée de douleurs vives et d'effusion de sang. La plaie des bourses s'est cicatrisée la première ; celle de la fesse est restée longtemps fistuleuse et le malade a été tourmenté par un flux diarrhéique urineux presque continuel. La sonde a été employée sans interruption, et elle a favorisé la cicatrisation des plaies de la vessie et la sortie des corps étrangers. Le chirurgien particulier du blessé, M. Dugat, a trouvé plusieurs fois de petits fragments osseux engagés dans les yeux de la sonde. Enfin après deux mois de traitement, le blessé a été complétement guéri. Je l'ai visité à Metz, à l'époque de son départ de cette ville, en janvier 1814, son certificat d'invalidité relative.

Une des indications les plus urgentes à remplir, c'est d'extraire de la vessie les corps étrangers que d'abord on n'avait point pu extraire, tels que balles, esquilles, et qui donneraient nécessairement lieu à la formation de calculs. Quand la plaie antérieure est faite de telle sorte que le doigt ou tout autre instrument plonge facilement dans le réservoir urinaire, la chose est assez facile. Mais quand cette plaie est oblique et assez éloignée de la vessie, la chose est plus difficile. Quand le rectum est intéressé, on peut arriver par cette voie ; j'ai pu, à l'aide d'une pince faite exprès, extraire de ce réservoir 40 esquilles. Cette opération sera faite avec mesure, afin d'éviter les déchirures et les hémorrhagies qui en seraient la suite. Faute d'avoir suivi ces préceptes dictés par la raison, Tulpius vit mourir un homme d'une affection calculeuse amenée par des fragments osseux tombés dans la vessie, à la suite d'un coup de feu qui avait intéressé le pubis ainsi que ce réservoir.

VINGTIÈME OBSERVATION.

Observation de plaie de la vessie, suivie de guérison. — Conservation d'esquilles dans la vessie, formation de calcul. — Mort. (Tulpuis, p. 323, chap. XXX).

Un soldat frappé d'une balle ressentit dans le bas-ventre de violentes douleurs occasionnées par la fracture de l'os pubis. La vessie avait été déchirée à sa surface; cependant sa blessure, contrairement à l'aphorisme d'Hippocrate, se cicatrisa. Mais il ne pissa pas librement. Le blessé pensa que cette difficulté d'uriner provenait de la pierre, et il avait raison ; mais, outre les trois pierres qu'il avait dans la vessie, ce qui augmentait surtout ses douleurs, c'était un gros fragment qui, détaché de l'os pubis, s'y était secrètement introduit. Cet éclat d'os qui avait échappé à l'attention du médecin et du malade ne fut découvert qu'à la mort de ce dernier, par les indices de l'anatomie.

Jusqu'à présent j'ai supposé que les plaies de la vessie permettaient au chirurgien d'arriver jusqu'à ce réservoir et d'en extraire avec plus ou moins de facilité les corps étrangers. Ce sont là les cas les plus heureux. Mais la vessie peut être blessée, des corps étrangers être arrêtés dans sa cavité, sans que le chirurgien puisse les ôter qu'à l'aide d'une opération préalable. A quel moment doit-il tenter cette opération? Est-ce au moment de l'accident, quand les corps étrangers sont reconnus, que le système nerveux du malade est encore ébranlé et qu'il est sous le coup d'une inflammation vive, imminente? Les auteurs ne se prononcent point à cet égard; sans doute en agissant ainsi on soustrait la vessie à l'influence des corps étrangers, et par la taille périnéale on fait une boutonnière qui favorise l'écoulement de l'urine; mais dans tous les cas que j'ai rapportés, les chirurgiens n'ont point agi ainsi; ils n'ont opéré l'extraction de ces corps étrangers que lorsque les phénomènes inflammatoires avaient cessé. D'ailleurs la présence de ces corps, balles, esquilles, dans l'intérieur du réservoir urinaire, n'est pas aussi dangereuse qu'on pourrait le croire dans le premier moment. La vessie percée, le fluide urinaire ne séjourne pas, il s'écoule de lui-même, et les parois de cet organe ne se contractent pas énergiquement, ce qui m'explique le peu de gêne que beaucoup de blessés ont éprouvé dans cette circonstance. Toutefois il y a des exceptions, et l'on voit par l'observation suivante, empruntée à Larrey, les douleurs vives qu'une balle arrêtée dans la vessie peut faire éprouver. Avant de donner ce fait, qu'il me soit permis de résumer ainsi mon opinion relativement à l'opération de la taille : si le corps étranger ne détermine que peu de douleurs, si l'urine s'écoule avec facilité, soit par l'urètre, soit par le trajet de la balle, attendre, avec tous les chirurgiens qui ont agi ainsi, que les premiers accidents soient calmés; dans le cas contraire, opérer de suite.

VINGT ET UNIÈME OBSERVATION.

Coup de feu dans la région hypogastrique, balle arrêtée dans la vessie. — Taille. — Guérison (Larrey).

Le 3 août 1812, en parcourant les salles du grand hôpital de Witepsk, en Russie, je fus arrêté par les cris douloureux d'un officier blessé, lieutenant au 92e régiment d'infanterie. J'allai aussitôt vers ce malade et l'examinai avec soin : il avait une plaie d'arme à feu au côté interne et supérieur de l'aine droite, se dirigeant obliquement en dedans et vers la cavité du bassin. L'introduction ménagée d'une sonde de poitrine me fit reconnaître une échancrure au pubis et un trajet qui semblait conduire la sonde à la vessie, dont la lésion n'était point douteuse, car la plaie extérieure, quoique entourée d'une escarre noirâtre, laissait transsuder une liqueur sanguinolente et urineuse ; le blessé éprouvait dans la région de la vessie des douleurs extrêmement vives et permanentes, avec des envies continuelles d'uriner ; l'urine mêlée de sang coulait par petits jets interrompus, ce qui faisait pousser au malade des cris très courts ; son pouls était nerveux et fébrile. La chaleur et la soif commençaient à se manifester, cependant la pâleur du visage subsistait encore, la voix était rauque et entrecoupée ; privé de sommeil depuis l'accident, cet officier était dans une anxiété extrêmement pénible : lorsqu'il faisait des mouvements à droite ou à gauche, il sentait, disait-il, une espèce de boule roulée dans la vessie. J'appris par lui que tous ces accidents étaient le résultat d'un coup de feu qu'il avait reçu à la bataille de Vitepsk, le 30 juillet 1812, à une distance de soixante-dix pas, et que la balle n'était point sortie. Ces différents détails me firent préjuger que la balle qui avait produit la plaie de l'aine s'était arrêtée dans la vessie. Pour m'en convaincre, je sondai le malade, j'eus quelque peine à rencontrer le corps étranger. Cependant le choc de l'algalie, qui s'était transmis jusqu'à ma main, produisit un son obscur et à peine sensible. Une consultation eut lieu et il fut décidé que l'opération serait pratiquée immédiatement. On retira de la vessie une balle, qui depuis a été déposée au musée de l'École ; elle avait un de ses côtés incrusté d'un os, l'autre était recouvert de sang et de molécules calcaires, ce qui eût rendu impossible l'action du mercure qui avait été proposé. L'extraction de la balle fut suivie de l'avulsion d'une petite esquille, d'une portion d'étoffe et de quelques caillots de sang noirâtre. Je fis deux injections émollientes dans la vessie, j'appliquai un linge fenêtré sur la plaie, des compresses et un bandage en T. L'opéré fut couché dans une situation convenable et je lui prescrivis le régime indiqué. A l'exception d'une légère hémorrhagie qui survint

le même jour et que j'arrêtai facilement, il n'y eut point d'accidents; un mouvement fébrile se manifesta le troisième jour, la suppuration s'établit, la plaie fut détergée plusieurs jours après, et dès le 7, l'urine commença à couler par l'urètre, la cicatrice ne tarda pas à se faire, et le vingt et unième jour de l'opération, le blessé sortit de l'hôpital parfaitement guéri et alla rejoindre son régiment à Moscow.

Il est telle circonstance où le chirurgien pourrait être appelé à pratiquer l'opération de la boutonnière; c'est le cas où une balle, par suite d'un trajet oblique, aurait intéressé la vessie près de son col, et où l'urine s'écoulerait difficilement par le trajet de la balle et par l'urètre; dans le cas même où il y aurait impossibilité au malade de supporter la sonde, et où l'absence de cet instrument favoriserait l'infiltration urineuse. Ce sont là des questions que je pose et que je soumets à l'examen de la Société.

Quelquefois les choses se passent beaucoup plus simplement; c'est ainsi, qu'au rapport de Théophile Bonnet, une petite balle arrêtée dans le réservoir urinaire aurait été rendue par les efforts seuls du blessé.

VINGT-DEUXIÈME OBSERVATION.

Observation d'un coup de pistolet reçu dans la région hypogastrique. — Petite balle dans la vessie rendue par les voies naturelles (Théophile Bonnet).

Un officier avait reçu un coup de pistolet au côté droit du bas-ventre, d'où la balle pénétra dans la vessie; la plaie se ferma, se cicatrisa, et le blessé fut très bien guéri, mais au bout d'un certain temps il ressentit des douleurs vives et semblables à celles que détermine la présence d'un calcul dans la vessie; après de graves efforts il rendit par le canal de l'urètre une balle de plomb de la grosseur d'un pois.

Quand le chirurgien est obligé de pratiquer l'opération de la taille pour extraire des corps étrangers de la vessie, la plupart des chirurgiens, Morand, Larrey, Langenbek, Jobert, etc., ont préféré la taille périnéale. M. Baudens, dans un cas, pratiqua la

taille sus-pubienne. A moins de conditions spéciales, ce procédé est mauvais. En effet, la vessie percée par la balle ne peut plus se développer, refouler le péritoine, et le défendre contre l'instrument tranchant ; ajoutez à cela que, vide d'urine depuis quelque temps, elle est revenue sur elle-même, qu'il faut l'aller chercher très bas dans le bassin, produire des décollements et favoriser l'infiltration urineuse, et courir le danger d'intéresser le péritoine ; sans doute on peut m'objecter que l'inflammation survenue a produit des adhérences de toutes parts et mis le réservoir urinaire dans de meilleures conditions. Ce serait une opération en deux temps, genre d'opération qui a tout récemment été l'objet d'un travail de la part de M. Vidal. En terminant ce qui est relatif à ce sujet, je dirai : Je préfère la taille périnéale à la taille sus-pubienne, à moins que quelques incisions légères faites à la paroi antérieure de la vessie ne facilitent l'extraction des corps étrangers. Encore dans ce cas est-ce un débridement plutôt qu'une opération de taille.

VINGT-TROISIÈME OBSERVATION.

Observation de plaie de la vessie compliquée de la présence d'une balle et d'une esquille dans la vessie. — Infiltration urineuse, extraction de ces corps. — Guérison (Baudens).

Le 15 juillet 1831, un Parisien, enrôlé volontaire au 67e régiment de ligne, fut frappé, sur le bord supérieur de l'arcade pubienne, d'une balle qui, après avoir détaché une petite esquille, perfora la paroi antérieure de la vessie distendue par l'urine ; il n'y avait point d'ouverture de sortie du projectile, et le liquide épanché par la lésion de son réservoir, s'échappait à travers la plaie de l'hypogastre. L'exploration à l'aide du doigt introduit profondément dans l'anus ne faisant rien découvrir, je me décidai à passer une sonde dans la vessie du malade qui se plaignait d'un impérieux besoin d'uriner. Mais il sortit à peine quelques gouttes d'urine. L'état spasmodique de la vessie avait seul déterminé cette sensation ; elle contenait un corps étranger qui par la percussion avec le bec de la sonde rendait un son mat. C'était la balle qui, arrivée à la fin de sa course, était demeurée dans l'intérieur de l'organe. Il

fallait en faire l'extraction ; j'eus recours à la cystotomie sus-pubienne, que je pratiquai d'après mon procédé opératoire. J'agrandis l'ouverture hypogastrique, en incisant au-dessus d'elle la peau et le fascia superficialis jusqu'à l'aponévrose profonde qui recouvre le muscle droit. Je divisai ensuite le tissu aponévrotique à côté de la ligne blanche de manière a mettre à nu le muscle et à l'isoler de la gouttière qu'elle lui forme avec l'extrémité du doigt, absolument comme s'il se fût agi d'écarter un espace musculaire pour découvrir une artère. De la sorte je parvins dans le bassin sans crainte de blesser le péritoine. Ce dernier, replié sur lui-même par l'affaissement de la vessie, s'avançait vers le pubis. Je l'accrochai avec l'indicateur de la main gauche et le tirai fortement vers l'ombilic, afin de soulever la paroi antérieure de la poche urinaire, sur laquelle je portai l'index de la main droite à la recherche de la balle. Mais la contraction de la vessie avait tellement rétréci cette ouverture, qu'il me fallut l'agrandir en bas avec le bistouri dirigé sur la face dorsale du doigt laissé dans l'angle supérieur de la plaie, tandis que la face palmaire abritait le péritoine contre toute lésion. A l'aide de ces préliminaires, il me fut permis de porter l'index dans la cavité de l'organe pour en extraire une esquille et une balle qui s'y trouvaient libres. Un épanchement d'urine s'était opéré derrière le pubis; je fis dans le foyer quelques injections émollientes pour entraîner l'urine et prévenir l'irritation qu'aurait déterminée son contact prolongé ; au moyen d'une sonde ouverte à son extrémité et fixée sur une poire de caoutchouc privée d'air par l'affaissement de ses parois dont le retour à leur forme première opérait une succion douce et continue, j'aspirai tout le liquide injecté et je laissai ensuite dans la cavité de la vessie cette sonde introduite par la plaie de l'hypogastre qui fut réunie au-dessus d'elle; la contraction de la vessie sur la sonde força l'urine à s'écouler par cette voie, sans pouvoir s'épancher, et au bout de trois jours le trajet fistuleux auquel la sonde avait donné lieu, s'étant solidement établi, je retirai celle-ci et l'urine s'écoula par la plaie hypogastrique sans accidents ; peu à peu la fistule se ferma et l'urine finit par reprendre en totalité son cours naturel.

Dans ces derniers temps, un chirurgien spécialiste distingué, M. Leroy d'Étiolles, a fait l'extraction de calculs vésicaux chez un homme qui avait une plaie de vessie et que je rapporte plus loin. Ce blessé, à plusieurs reprises, avait rendu par la plaie de derrière de petites esquilles; le pubis n'ayant pas été intéressé, il est probable que ces dernières venaient de l'os des iles : c'était là sans doute une indication dont il fallait tenir

compte. Doit-on appliquer la lithotritie à la fragmentation des pierres de la vessie par suite d'une plaie par arme à feu? Une telle pratique ne peut être qu'exceptionnelle. Ces calculs formés dans la cavité urinaire, il ne faut point l'oublier, ont presque toujours pour noyau, soit une balle, un morceau d'os, etc. Doit-on, dans ces cas, préférer la lithotritie quand d'ailleurs la vessie est étroite, revenue sur elle-même, enflammée, et qu'il faut agir sur des corps durs, résistants? Toutes ces raisons me font préférer la taille périnéale à la lithotritie.

VINGT-QUATRIÈME OBSERVATION.

Observation de blessures de la vessie par armes à feu, formation consécutive de calculs dans la vessie. — Malade en traitement (Note recueillie par l'auteur) (1).

Le Chat, garde national, reçut au mois de juin de l'année 1848, un coup de feu au-dessus du pubis, à gauche de la ligne blanche. La balle traversa le petit bassin et vint sortir à la fesse droite à trois travers de doigt environ de la rainure interfessière. Au moment où il fut blessé, cet homme venait de déjeuner copieusement. La douleur fut très vive, il fallut ramener le blessé, qui fut placé provisoirement dans une ambulance située rue du Mont-Blanc, où M. le docteur Chasseriau lui donna des soins. Une sonde fut introduite dans la vessie, et cependant des accidents graves survinrent: des infiltrations urineuses eurent lieu en avant, des abcès nombreux se formèrent jusque dans l'aine droite, les bourses se tuméfièrent, plusieurs érysipèles survinrent qui parcoururent tout le corps. Au bout de plusieurs mois, plusieurs esquilles furent rendues par la plaie de derrière, aucune ne sortit par la plaie sus-pubienne; mais bientôt le malade souffrit dans la vessie, un examen fit facilement reconnaître la présence de calculs dans cet organe. M. Leroy d'Etiolles fut appelé et il pratiqua la lithotritie à plusieurs reprises; le malade rendit beaucoup de fragments: sur un de ces fragments j'ai trouvé une petite esquille. Le blessé n'est point encore guéri.

Etat actuel: homme de cinquante ans, fort, vigoureux; il porte deux plaies, une antérieure déprimée, présentant dans son fond une espèce de cul de poule qui laisse suinter l'urine; la plaie de la fesse droite laisse aussi continuellement couler l'urine; le blessé porte autour de lui un drap en jupon, il dit avoir beaucoup souffert des opérations de lithotritie qui ont été faites sur lui.

(1) Ce malade a succombé depuis des suites de sa blessure.

Il est encore une complication qui doit fixer l'attention du chirurgien, c'est la lésion du rectum, complication assez commune, comme cela ressort de ce travail. Lorsque l'anus est déchiré, il n'y a qu'une chose à faire, c'est de convertir en une plaie régulière, une plaie mâchée et panser ensuite simplement, comme l'a fait M. Baudens avec succès; mais quand la balle a traversé la vessie et le rectum, à une certaine distance de l'orifice externe de l'anus, et que la balle a traversé la fesse non loin de cet orifice, faut-il, comme Dupuytren en a donné le conseil, fendre l'anus et la fesse et convertir ce trajet de la balle en une gouttière? De cette façon, on ferait cesser la contraction du sphincter, laquelle force, suivant Dupuytren, les matières fécales à passer dans le réservoir urinaire, quand le malade va à la garde-robe ; je ne sais jusqu'à quel point cette opération aurait cet avantage. Mais, dans bon nombre de cas, où elle n'a point été faite, les malades ont guéri. Ajoutons à cela d'ailleurs qu'une opération, dans certains cas, ne serait point une faible complication à ajouter à celles qui existent déjà.

Quand l'urètre a été intéressé, il faut avoir grand soin de maintenir une sonde à demeure pendant la cicatrisation, pour prévenir une fistule urinaire et le rétrécissement de ce canal.

Les individus ayant reçu des plaies de la vessie par armes à feu peuvent guérir parfaitement; mais il en est d'autres qui, par suite de complications, conservent certaine gêne dans l'accomplissement de leur fonction; tantôt, par suite de fracture du pubis, la marche est difficile; d'autres fois des nerfs du bassin ont été intéressés : de là une certaine gêne dans la locomotion, et quelquefois un peu d'anesthésie; tantôt les fonctions génératrices sont notablement diminuées, soit par atrophie d'un testicule, soit par lésion de la prostate ou des vésicules séminales; enfin, dans un cas relaté par Ruysch, on voit une hernie abdominale apparaître à la suite d'une plaie de vessie.

VINGT-CINQUIÈME OBSERVATION.

Coup de feu ayant intéressé la vessie et le rectum. — Inflammation des bourses. — Guérison. — Atrophie du testicule droit (Observation de l'auteur).

Le 24 juin 1848, M. Oudiné, garde national, reçut au chemin de fer du Nord une blessure grave. Le coup de feu dont il fut atteint était dirigé de droite à gauche et de haut en bas; la balle frappa la région hypogastrique à droite de la ligne blanche, au niveau de l'orifice externe du canal inguinal, fractura partiellement le pubis, dont elle entraîna un grand nombre de fragments dans la vessie; l'artère hypogastrique fut coupée, ainsi que plusieurs éléments du cordon testiculaire; le doigt, introduit dans cet orifice d'entrée qui était large, sentait beaucoup d'esquilles. La balle traversa la vessie de la partie latérale droite vers le bas-fond de l'organe, qu'elle traversa, ainsi que le rectum, la partie latérale gauche du sacrum, et sortit par la fesse gauche à quatre travers de doigt de l'anus. Au moment où le coup de feu est reçu, M. Oudiné fut renversé sur ses camarades, fut pris d'une grande faiblesse avec prostration très grande; un liquide abondant composé de sang, d'urine, coula par la plaie inguinale, il éprouva en même temps l'irrésistible besoin d'aller à la garde-robe.

Après un pansement approprié, le malade fut reconduit chez lui, et à dix heures du soir je le revis avec MM. Arnal, Dufour et Wurtemberg. Nous constatâmes le trajet de la plaie et la gravité de la lésion; d'ailleurs le malade était revenu à lui-même; il accusait une sensibilité assez vive dans la région hypogastrique. Des applications froides furent faites sur la plaie antérieure, des calmants furent administrés, et une sonde fut placée à demeure.

Le 24, la nuit a été agitée, douleurs vives dans la région hypogastrique, fièvre, 30 sangsues sont appliquées, les douleurs sont calmées, sonde à demeure.

Le 25, la fièvre persiste, les douleurs sont moins vives, l'inflammation survient dans l'ouverture d'entrée et de sortie. Le doigt introduit dans le rectum arrive sur la plaie de communication de la vessie et du rectum, il pénètre avec peine dans la vessie remplie de caillots. Nous faisons des injections tièdes dans la vessie pour déterger cet organe et le débarrasser de tout le sang qu'il contient, nous maintenons le blessé au régime des maladies aiguës. Boissons rafraîchissantes et bouillon léger, nous continuons l'opium, tant pour calmer le malade que pour éviter les garde-robes, dont les efforts pouvaient être dangereux ainsi que le passage des matières fécales dans la vessie. Vers la fin de juin, lorsque l'inflammation s'était emparée de tout le trajet de la plaie

et que la suppuration s'écoulait, entraînant des escarres et que les adhérences étaient fermes, nous donnâmes un peu d'huile de ricin et le malade rendit beaucoup de matière fécale dont la plus grande partie, au lieu de passer par l'anus, passa par la plaie antérieure de la vessie, l'urètre et la plaie postérieure ; d'ailleurs depuis la blessure l'urine coulait très peu par l'urètre, elle passait ou par la plaie antérieure ou par la plaie postérieure après avoir traversé le rectum ; plusieurs fois le jour des injections étaient faites, dans la vessie, mais après les déjections alvines on en faisait à grande eau afin de nettoyer complétement cet organe. Pour prévenir cet inconvénient du passage des matières fécales dans la vessie et l'urètre, nous essayâmes d'une longue canule assez grosse et placée dans le rectum, mais le malade ne put la supporter. Dès les premiers jours de juillet la plaie commença à se déterger, les escarres se détachèrent, le sang contenu dans la vessie disparut aussi ; mais il restait un grand nombre d'esquilles à ôter de la vessie : les unes étaient libres, les autres adhérentes. Le doigt, introduit dans le rectum et recourbé en crochet pour attirer le bas-fond de la vessie en bas, ce qui lui permettait d'entrer dans cet organe, sentait les esquilles. Je fis fortement recourber une pince à polype, et grâce à cet instrument, je pus extraire 41 esquilles plus ou moins volumineuses. En même temps que nous pratiquions ces opérations, le malade allait à la garde-robe tous les cinq jours à l'aide d'un léger laxatif et avec tous les soins de propreté que nous avons mentionnés ; de plus il était soumis à un régime légèrement nourrissant et prenait des bains ; vers la fin de juillet, les plaies étant belles, celle de sortie de la balle se ferma et nous espérions que la plaie d'entrée de la balle et celle du rectum et de la vessie ne tarderaient pas à se fermer elles-mêmes. Et en effet dès les premiers jours du mois d'août la plaie antérieure était parfaitement fermée ; cependant le 12 du même mois, quand il n'existait plus que la plaie de communication de la vessie et du rectum, il survint des douleurs vives au niveau de la plaie antérieure et de la symphyse pubienne, le testicule droit, dont le cordon avait été endommagé au moment de l'accident, prit part à l'inflammation, la cicatrice se rompit, et le pus, l'urine, et dans certains moments les matières fécales repassèrent par la plaie antérieure, de nouvelles esquilles furent ôtées de la vessie soit par la plaie antérieure, soit par le rectum. Des abcès se formèrent dans les enveloppes du testicule droit, ils furent successivement ouverts, et vers la fin d'août cet orage était calmé, la plaie antérieure se fermait, les enveloppes du testicule droit étaient revenues à leur état normal, mais le testicule s'atrophiait. Toutefois la plaie de communication de la vessie et du rectum tendait à se rétrécir de la manière suivante, c'est-à-dire que la partie inférieure restait fixe et que la supérieure au contraire glissait au-devant de l'inférieure et venait s'appliquer

contre elle. Pendant tout le mois d'août le régime alimentaire fut meilleur, les forces revinrent et dès les premiers jours de septembre le malade put se lever ; la marche fut d'abord difficile, un sentiment de faiblesse et de douleur se faisait sentir dans la symphyse pubienne ; bientôt cependant la marche devint plus facile et nous dûmes croire à une guérison définitive. Cependant tout n'était point encore fini, car le testicule gauche se gonfla à son tour, les enveloppes rougirent, et en songeant au trajet de la balle, de droite à gauche, du sommet vers le bas-fond, nous pensâmes, ou que la vésicule séminale gauche, ou que le canal déférent, ou même le côté gauche de la prostate avaient été intéressés, et que c'est là ce qui donnait lieu à ce gonflement, qui d'ailleurs a cédé aux cataplasmes et peut-être aussi à l'influence d'actions physiologiques. Voilà un an que l'accident est arrivé, et le blessé a une bonne santé, un peu de gêne dans la marche ; seulement il existe toujours un petit trajet fistuleux de la vessie au rectum, ce qui permet à quelques gouttes d'urine de passer du réservoir urinaire dans la fin de l'intestin pendant les efforts de miction. Une particularité que je ne puis omettre, c'est que les désirs vénériens ont notablement diminué et que la matière prolifique est rendue en très petite quantité ténue et filante comme si elle était entièrement composée de fluide prostatique.

VINGT-SIXIÈME OBSERVATION.

Observation de plaie de la vessie terminée par la guérison, mais suivie d'une tumeur herniaire (Rhuysh, 1738, 1er vol., obs. 75, p. 69).

Un citoyen d'Amsterdam, frappé à l'hypogastre, reçut dans la vessie une si violente blessure qu'il ne rendait même plus une goutte d'urine par la verge ; de cette blessure, au contraire, s'échappait à jet continu une telle abondance d'urine que le malade nageait pour ainsi dire dans son lit et que tout en était inondé ; à la suite de cette blessure, le scrotum se gonfla bientôt et fut attaqué d'une légère gangrène, ce qui fit tomber le malade en défaillance. Traitant cette gangrène par des cataplasmes faits avec du phellandrium, de la mie de pain et du vin, nous en vîmes bientôt le cours arrêté et le malade se trouva bien soulagé, par l'application de deux éponges sur les côtés de la blessure qui absorbaient la plus grande quantité de l'urine. Au bout de quelques jours les bourgeons charnus prirent un tel développement que le malade put rendre ses urines par la verge, et peu de temps après il était guéri. Mais dernièrement, sans qu'il y eût une cause notable, il se plaignit d'une petite douleur autour de la cicatrice. Cet endroit commença à se former en une tumeur her-

niaire sans doute, car j'ai souvent remarqué qu'après la guérison de blessures qui pénétraient dans la cavité de l'abdomen, il se formait une hernie parce qu'il est rare que le péritoine parvienne à se fermer complétement.

Durant le cours de ce travail, je n'ai point parlé de l'anatomie pathologique de ces lésions ; d'abord les matériaux manquent presque complétement. Peu d'autopsies ont été publiées et d'ailleurs ne l'ai-je point faite implicitement en signalant toutes les complications dont les plaies de la vessie par armes à feu pouvaient être entourées.

RAPPORT

SUR LES

PLAIES DE LA VESSIE PAR ARMES A FEU,

Par M. H. LARREY,

Chirurgien en chef de l'hôpital du Gros-Caillou, ex-professeur au Val-de-Grâce, agrégé de la Faculté.

La Société de chirurgie, dans sa séance du 18 juillet 1849, a chargé une commission composée de MM. Chassaignac, Giraldès et Larrey, de lui rendre compte d'un mémoire lu dans cette séance, par M. le docteur Demarquay, prosecteur de la Faculté de médecine de Paris, pour obtenir le titre de membre résidant de la Société.

Le travail de M. Demarquay a pour titre : *Mémoire sur les plaies de la vessie par armes à feu*, et le rapport que j'ai l'honneur de faire au nom de la commission est une analyse de ce travail étendue à l'étude générale des plaies de la vessie.

L'auteur, en choisissant ce sujet, semble en avoir apprécié l'importance, par l'assemblage des matériaux dont il s'est servi pour édifier son œuvre.

Et d'abord, il le dit lui-même, les plaies de la vessie, à un point de vue plus large, avaient été envisagées sérieusement dès les temps les plus reculés; mais il aurait bien fait de le démontrer par des recherches historiques.

A la vérité, les connaissances des anciens se réduisent à quelques assertions, à quelques préceptes assez vagues sur les plaies de la vessie, réputées par eux comme des blessures mortelles.

Hippocrate le premier, les a considérées ainsi; Celse en a indiqué les signes, et Galien, en admettant la léthalité de ces

plaies, parle cependant d'un jeune homme qui guérit d'un coup d'épée à la vessie. On pourrait encore, en compulsant les vieux auteurs, trouver diverses citations à faire, mais elles seraient très restreintes.

Les travaux des modernes, sans être plus étendus pour la plupart, expriment des opinions bien différentes sur la curabilité de ces blessures, et fournissent à l'étude bon nombre d'observations aussi remarquables par leur gravité que par leur guérison. M. Demarquay en cite plusieurs auxquels il a emprunté une partie des éléments de son travail.

Ainsi, Morand fils, dans son *Traité de la taille par le haut appareil*, rapporte deux histoires fort curieuses de balles restées dans la vessie à la suite de coups de feu, et extraites consécutivement à l'aide de l'opération de la taille par Morand père, chirurgien-major des Invalides.

Louis, le savant secrétaire général de l'Académie de chirurgie, n'a écrit, dans son *Dictionnaire de chirurgie*, que deux pages sur les plaies de la vessie, mais ces deux pages sont assez substantielles pour renfermer les principaux points de la question.

Chopart, dans son *Traité des maladies des voies urinaires*, réserve un chapitre plus long aux plaies de la vessie; il en trace les caractères, et fait mention de quelques cas intéressants empruntés par lui à divers auteurs.

Lassus, Léveillé, Boyer, Richerand, Delpech, ne disent à peu près rien sur cette matière, dans leurs ouvrages.

D.-J. Larrey (1), qu'il me soit permis de le rappeler, d'après M. Demarquay lui-même, est le premier qui ait développé cette question, en y rattachant les observations de sa pratique. « Il n'existe encore, dit Larrey dans son mémoire, rien de complet

(1) *Journal de médecine, de chirurgie et de pharmacie militaire*, t. XV; *Mémoires et campagnes de chirurgie militaire*, t. IV; *Clinique chirurgicale*, t. II.

sur les plaies de la vessie, » et c'est à lui, en effet, que l'on doit attribuer l'initiative d'un travail d'ensemble sur ce sujet.

M. Demarquay a reproduit la plupart des faits contenus dans le mémoire de Larrey, et il ajoute que depuis on en a recueilli un assez bon nombre.

Dupuytren, dans le *Traité des blessures par armes de guerre*, a exposé quelques considérations sur les plaies de la vessie. Il a fourni une seule observation relative à un soldat de la garde royale blessé en 1830, lequel succomba aux accidents d'une double plaie de la vessie et du rectum. On doit s'étonner que le célèbre chirurgien de l'Hôtel-Dieu n'ait point rassemblé d'autres faits, ou qu'il ait négligé de les faire connaître. M. Demarquay rappelle cependant, comme nous le verrons plus tard, un conseil de Dupuytren, à l'occasion du traitement des plaies de la vessie, compliquées de la lésion du rectum.

S. Cooper, à l'article *Plaies d'armes à feu* de son *Dictionnaire de chirurgie pratique*, analyse les principaux points de la question, et donne différents extraits du mémoire de Larrey, en y ajoutant des réflexions judicieuses.

Sanson aîné, à l'article *Vessie* du *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, en résumant la symptomatologie et le traitement des plaies de la vessie, a peu ajouté à cette question, et cependant il aurait pu, comme ancien chirurgien militaire, l'envisager d'une manière plus conforme à l'expérience.

M. Bégin, au même titre, a retracé les généralités de la matière dans ses *Éléments de chirurgie*.

M. Vidal (de Cassis), dans son *Traité de pathologie externe et de médecine opératoire*, n'a fait qu'un chapitre abrégé de ce sujet.

M. Baudens, dans sa *Clinique des plaies par armes à feu*, a publié une observation de plaie de vessie que M. Demarquay a eu soin de reproduire, comme il a tiré parti d'une observa-

tion insérée par M. Jobert (de Lamballe), dans son livre des *Plaies d'armes à feu.*

Notre confrère s'est aidé aussi de quelques faits épars dans les recueils de médecine ou de chirurgie. Il a consulté des thèses d'assez peu de valeur, du reste, si ce n'est celle de M. Japiot, qui résume en partie les éléments de la question (Paris, 1840), et celle de M. Roux (de Saint-Bonnet) qui a limité son sujet à l'examen médico-légal des dangers des blessures de la vessie; il a pris note également de quelques indications que nous lui avons données ; il a enfin puisé dans deux observations intéressantes qui lui sont propres, l'idée première et la confection de son mémoire sur les plaies de la vessie par armes à feu.

Il aurait bien fait d'exposer quelques prolégomènes sur les diverses lésions traumatiques de la vessie ou plaies accidentelles, ne fût-ce que pour les éliminer de sa question, ainsi que les plaies artificielles, comme les opérations de taille, etc.

Les plaies par rupture, ou par déchirure et par instruments contondants, pouvaient être mentionnées, pour expliquer l'action mécanique de certains projectiles de gros calibre. C'est ce que M. Demarquay se propose d'examiner dans un autre travail.

Les plaies par armes blanches, comprenant les divers instruments piquants et tranchants, auraient fourni quelques données utiles pour le diagnostic et le pronostic différentiels de ces lésions.

Les plaies par armes à feu étant enfin le sujet spécial du mémoire, méritaient quelques considérations préliminaires un peu plus étendues.

L'auteur aurait pu, après une simple classification des plaies accidentelles de la vessie, indiquer leurs variétés quant aux plaies par armes à feu, en les divisant, par exemple, en plaies simples, uniques ou doubles (avec pénétration ou perforation

de part en part), et en plaies compliquées de diverses lésions, ou de la présence de corps étrangers.

Cette distinction aurait été motivée sur la fréquence des plaies de la vessie, fréquence plus grande qu'on ne le pense généralement. « Malgré sa position profonde, dit M. Bégin, et la protection qu'elle reçoit des os et des parois abdominales, la vessie est fréquemment atteinte de blessures ou de déchirures dont la gravité dépend surtout des communications qu'elles peuvent établir entre sa cavité et celle du péritoine, et des épanchements urineux qui peuvent en être le résultat. »

Rien n'explique l'ordre adopté dans le travail que nous analysons et qui pourrait s'intituler *Propositions et observations* plutôt que *Mémoire sur les plaies de la vessie par armes à feu.*

Ce qui distingue tout d'abord l'œuvre de notre confrère, ce sont des recherches et des expériences anatomo-physiologiques qui n'ont pas été faites jusqu'à lui, à l'effet de constater les points de la vessie les plus accessibles aux blessures, et plus particulièrement les lésions de sa paroi antérieure et de son bas-fond, sans que le péritoine soit intéressé. De là une appréciation de l'état de plénitude ou de vacuité de l'organe, et de ses variations de volume et de position, comme ayant une influence essentielle sur les causes vulnérantes, sur les effets des projectiles, sur les complications de ces blessures, sur leur pronostic et leur traitement. Après avoir rappelé la divergence des opinions entre quelques chirurgiens, c'est par plusieurs coupes anatomiques que M. Demarquay a constaté des variétés selon l'âge, le sexe, l'embonpoint, etc.; et, à cet égard, il a donné à cette partie de son mémoire un mérite original tout à fait digne d'éloges.

Quant à la condition de plénitude ou de vacuité de la vessie, elle avait été signalée par la plupart des auteurs ; Larrey notamment avait constaté que l'état de plénitude dans lequel la vessie

se trouve exposée à tous les corps vulnérants, est une condition fréquente de sa lésion, chez les combattants ; ceux-ci en effet sont quelquefois empêchés de satisfaire le besoin d'uriner, pendant plusieurs heures, pendant des journées entières, comme il l'a éprouvé lui-même à Eylau, à la Moskowa et ailleurs, en donnant, sans interruption, ses soins aux blessés. Ainsi, on peut dire que dans les plaies de la vessie, l'état de plénitude est le plus ordinaire ; M. Demarquay l'a observé dans les deux cas rapportés par lui. Cette distension de la vessie, comme on le comprend, soulève, refoule, écarte, et préserve le péritoine le plus ordinairement.

De là l'importance d'apprécier les diverses régions de la vessie, les plus accessibles aux chocs extérieurs, le sommet, le bas-fond, les parties latérales ou le corps et le col.

Cette question de siége énoncée par notre confrère a été peu étudiée jusqu'ici à ce point de vue, si ce n'est par M. Roux (de Saint-Bonnet) dans sa thèse. Ainsi, un instrument ou un projectile peut atteindre la vessie par les régions sus-pubienne, inguino-iliaque, périnéo-rectale, etc., ou par différents points du bassin, soit en perforant, en fracturant les os iliaques et le sacrum, soit en traversant des ouvertures pelviennes, telles que l'échancrure sciatique ou le trou ovale.

L'auteur du mémoire aurait bien fait d'insister sur ces conditions de siége, car il cite différents faits en rapport avec elles ; et ces distinctions nous semblent d'autant plus utiles à préciser que dans telle ou telle circonstance heureuse, un agent traumatique peut entamer la paroi vésicale, sans toucher au péritoine. M. Demarquay en rappelle un exemple entre plusieurs. C'est un fait emprunté aux *Mémoires de l'Académie de chirurgie*, d'après lequel une balle pénétra par l'hypogastre, perfora la vessie et ressortit par la partie inférieure du sacrum ; le péritoine demeura intact, et la guérison s'effectua promptement.

Le rapporteur de ce mémoire a vu au Val-de-Grâce un cas aussi heureux, chez un blessé de l'insurrection de juin. En voici le résumé en deux mots : Un garde mobile fut atteint par une balle qui pénétra au-dessous de la symphyse du pubis, entama la paroi antérieure de la vessie et ressortit au-devant de l'ischion du côté gauche. Les signes caractéristiques de cette lésion furent aisément appréciables, et exempts de complication, si ce n'est la persistance pendant quelques mois d'une fistule urinaire, qui s'est enfin cicatrisée.

M. Demarquay, préoccupé de rassembler des observations, a peut-être trop superficiellement exposé l'étude des causes et du mécanisme des plaies de la vessie, et bien qu'il n'eût affaire qu'aux plaies d'armes à feu, il aurait pu, comme nous l'avons énoncé déjà, formuler quelques propositions relatives aux plaies par armes blanches, et aux autres plaies accidentelles. Comparant celles-ci aux plaies artificielles ou chirurgicales, il aurait pu démontrer ce qui différencie ordinairement les unes et les autres des plaies par armes à feu, et ce qui les rapproche dans quelques cas à part, comme le suivant :

Fodéré dit avoir vu à l'Hôtel-Dieu un homme tourmenté d'une rétention d'urine qui s'enfonça dans la vessie, par l'hypogastre, un couteau étroit et pointu; la vessie distendue fut ouverte assez largement, l'urine jaillit par cette plaie, et le malade soulagé n'éprouva aucun accident de la blessure qui se cicatrisa bien.

Mais, pour arriver à l'étude des plaies d'armes à feu, M. Demarquay a eu quelque raison de parler des plaies contuses : ces lésions assimilées aux ruptures ne sont pas rares ; ce sont des corps contondants agissant sur l'hypogastre avec une pression d'autant plus marquée que la vessie est plus distendue par l'urine. Dupuytren a publié deux observations qui ont trait à des lésions de ce genre : dans l'un et l'autre

cas la vessie pleine fut rompue par des coups de pied dans le ventre.

Viennent enfin les plaies d'armes à feu. Notre confrère se contente de dire d'abord qu'elles sont le résultat de coups de fusil le plus souvent et quelquefois de coups de pistolet. Il aurait pu d'autant mieux étudier les effets des projectiles à un point de vue général, qu'il en a bien retracé une partie dans les observations spéciales. Il y aurait trouvé la matière des principes à poser sur la question.

La nature, le volume et la forme des projectiles, pouvant varier beaucoup, présentent quelques différences dans leur action sur la vessie, parce que d'une part les projectiles de gros calibre, tels que les biscaïens, les éclats de bombe ou d'obus, et le boulet, en intéressant le réservoir urinaire, déterminent presque inévitablement des lésions mortelles, parce que d'autre part les projectiles de petit calibre, tels que les grains de plomb, les chevrotines, les balles, produisent des effets distincts sur ce viscère et sur les parties qui l'environnent, selon que ces projectiles le frappent à des distances, dans des directions et dans des circonstances diverses.

Ainsi, une balle peut contondre la vessie sans la diviser, mais à la chute de l'escarre, la perforation a lieu secondairement, et les signes de la pénétration apparaissent. M. Demarquay rapporte une observation de Fleury (de Clermont) qui ferait admettre la possibilité de ce fait.

Mais le cas ordinaire, c'est la perforation immédiate de la vessie, tantôt unique, tantôt double ou de part en part, dans des directions variées, soit d'avant en arrière, soit d'arrière en avant, ou bien suivant les diamètres transverses du bassin. L'auteur du mémoire a eu soin de l'indiquer en reproduisant une autre observation de M. Fleury et une de M. Jobert.

Il ne peut rien dire de la différence des ouvertures d'entrée

et de sortie des balles, puisque cette question générale des plaies d'armes à feu, débattue encore dans ces derniers temps à l'Académie de médecine, est insoluble jusqu'à ce jour pour les plaies de la vessie. Elle serait intéressante à étudier, surtout au point de vue médico-légal. M. Demarquay a noté seulement chez les deux blessés examinés par lui, que la plaie d'entrée était plus large que la plaie de sortie.

Pour expliquer certains effets de déviation des balles, il tient compte d'une condition qui semble favoriser les lésions de la vessie ; à savoir, les surfaces courbes des parois abdominales et du bassin, imprimant des déviations particulières aux projectiles. A l'appui de cette proposition, il cite un fait de M. Baudens, d'après lequel une balle aurait traversé la vessie, en pénétrant dans le bas-ventre, au défaut de la partie moyenne de la dernière côte gauche, et en sortant au niveau de l'échancrure sciatique droite. Mais ne peut-on soutenir la proposition inverse pour les cas dans lesquels la vessie aurait été préservée par les mêmes causes de déviation ou par des effets de réflexion, malgré le siége et la direction présumée de la plaie ou des plaies ? C'est ce que, pour notre part, nous sommes portés à croire. On trouve dans les mémoires de l'Académie de chirurgie l'histoire d'un soldat blessé à la bataille de Raucour, par une balle qui entra au-dessous du pubis et sortit à l'extrémité inférieure du sacrum, sans interrompre le cours des urines par l'urètre, et sans empêcher la guérison malgré des accidents graves.

Le point le plus important de la question des corps étrangers dans les plaies de la vessie par armes à feu, c'est assurément leur pénétration ou leur présence dans le réservoir urinaire. M. Demarquay a emprunté à Larrey des réflexions qui tendent à expliquer le mécanisme de cette introduction : ce ne sont pas seulement des balles, mais des fragments d'os, des pièces de monnaie, des boutons d'habits, etc., qui peuvent

s'engager ainsi par leurs côtés aigus ou étroits, dans la vessie, sans pouvoir en ressortir, arrêtés qu'ils sont par leurs surfaces plus larges.

Le mode de pénétration des balles ou des grains de plomb est moins appréciable ; on sait cependant s'en rendre compte aussi. Par exemple, qu'une balle, à la fin de sa course, conserve assez de force pour pénétrer dans le ventre et dans la vessie, elle n'aura plus l'impulsion nécessaire pour franchir le réservoir urinaire et s'y arrêtera. Ce n'est pas seulement le ralentissement du mouvement du projectile, ce n'est pas seulement la résistance des parois vésicales, c'est encore l'obstacle formé par l'accumulation de l'urine, c'est même la contraction instantanée de l'organe qui s'opposent simultanément à la sortie du corps étranger. M. Demarquay produit des observations de Larrey, de Langenbeck, de M. Baudens, à l'appui de ce que nous venons de dire.

La pénétration des projectiles dans la vessie nous paraît être plus fréquente qu'on ne l'a supposé, parce qu'elle a été méconnue quelquefois, ou pendant assez longtemps. C'est ce qui est arrivé dans la plupart des cas, pour la première période des blessures, c'est-à-dire un peu après les accidents primitifs ou traumatiques. Il faut même en quelque façon que des accidents d'abord mécaniques, puis inflammatoires, se déclarent, avant ou après la cicatrisation définitive de la plaie, pour faire présumer l'existence d'un corps étranger dans la vessie. Sa présence, en effet, nous devons le rappeler, se manifeste d'abord par une sensation de pesanteur vers le bas-fond de l'organe, sensation due à la tendance du projectile à s'arrêter dans cette région. Cette sensation fait place à celle d'un corps étranger mobile ou d'une boule roulante, perçue par le malade. Il éprouve bientôt des symptômes analogues à ceux d'un calcul vésical, douleur à l'hypogastre, tension du

périnée, ténesme, dysurie et besoins fréquents d'uriner, titillations de la verge, etc., surtout par un séjour prolongé de ce projectile dans la vessie, par son poids, par son volume, par ses rapports et enfin par les concrétions calculeuses qui lui forment une sorte de kyste dont il devient le noyau.

Si une balle, en tombant dans la vessie, entraîne avec elle des fragments d'os, des morceaux de vêtements, ceux-ci sont susceptibles d'y produire des effets analogues. Le mémoire nous fournit une observation fort curieuse de ce genre empruntée à Tulpius. Il s'agit d'un soldat guéri d'une blessure de la vessie, mais mort des accidents consécutifs de la pierre; à l'autopsie, on trouva trois calculs et un grand fragment du pubis dont la présence avait été méconnue.

Il peut se faire qu'une balle devienne enkystée ou enchatonnée, comme certaines pierres dont le diagnostic est si difficile. Telle est l'observation due à Larrey, d'un capitaine blessé à Waterloo par une balle qui perfora le rectum et la vessie, en donnant lieu à des accidents graves. Une tumeur dure était restée saillante au-dessus du pubis; une incision y fut faite et mit à découvert le projectile à moitié engagé dans la vessie, à moitié saillant au dehors de ses parois et recouvert de concrétions qui lui servaient de kyste.

Si, à plus forte raison, les corps étrangers s'engagent dans le tissu cellulaire du bassin ou du périnée, après avoir séjourné ou non dans la vessie, les effets d'inflammation phlegmoneuse et gangréneuse qu'ils tendent à produire, sont comparables à ceux que déterminent des fragments ou des détritus de calculs, après l'opération de la taille.

Des projectiles de calibre variable, et des esquilles de diverses grosseurs, restés dans la vessie, ont de la propension à ressortir, non seulement par les plaies ou par les ouvertures accidentelles, mais aussi par des canaux naturels, par le rectum, en

perforant la cloison recto-vésicale, et par l'urètre, à condition, ici, que ces corps étrangers soient d'un assez petit volume.

M. Demarquay rappelle à cet égard une observation singulière citée par Théophile Bonnet, et relative à un officier autrichien blessé au ventre par un coup d'arquebusade : la balle, entrée dans la vessie, y séjourna quelque temps; la cicatrisation de la plaie fut suivie des symptômes de la pierre, et le projectile, de la grosseur d'un pois, fut expulsé avec les urines.

Il nous semble à propos de joindre à cette observation un fait plus étrange encore, dont notre confrère n'avait pas connaissance. Ce fait est cité par Stalpart Vanderwiel, et reproduit par Thomas Bartholin de la manière suivante : « Dans le siége de notre ville (Copenhague), un soldat à la solde de la Suède reçut dans l'épigastre un petit morceau de fer aigu (appelé ici skrax), de l'espèce de ceux dont on a continué de charger les canons. Le blessé fut porté, avec cinq cents autres, à une ville voisine, pour y recevoir les secours des chirurgiens. Ce morceau de fer aigu fut rejeté tout à coup par les urines, contre l'attente générale, au milieu d'atroces douleurs, qui cependant s'évanouirent peu à peu. Cet homme fut promptement rétabli par les soins du chirurgien Cornélius très habile dans son art. Je pense que le morceau de fer se sera engagé dans l'urètre, par la vessie blessée, car je ne vois pas qu'il ait pu y arriver par une route plus facile. »

Ajoutons enfin que dans l'une des observations de Larrey, chez le lieutenant Burnet, blessé à Hanau par un coup de feu, la plaie d'ailleurs très compliquée de la vessie, parvint à une guérison remarquable après l'issue de quelques esquilles par l'urètre.

Telles sont, en résumé, les diverses conditions selon lesquelles on a vu se comporter les corps étrangers dans les plaies d'armes à feu de la vessie. M. Demarquay en a signalé quelques

unes avec une attention exacte. Voyons ce qu'il a dit et ce qu'il a peut-être omis de dire de la symptomatologie de ces blessures.

Les plaies de la vessie sont caractérisées par des signes trop bien connus pour qu'il soit nécessaire de les relater longuement dans ce rapport.

Toute solution de continuité dont le siége, la direction et le trajet sont plus ou moins appréciables et modifiés du reste par le fait ou le défaut du parallélisme des parties extérieures ; l'issue d'une certaine quantité d'urine sanguinolente par cette plaie, et son écoulement par l'urètre ou sa suppression par cette voie naturelle, en même temps que les douleurs vives, propagées à l'appareil urinaire et à l'appareil génital (chez l'homme), avec tension pénible de l'hypogastre et du périnée, l'imminence enfin d'une péritonite par épanchement, voilà quels sont en général les signes essentiels d'une plaie de la vessie.

Ces signes varient d'intensité selon qu'ils dépendent d'une plaie simple ou d'une plaie compliquée, selon surtout que le péritoine a été épargné ou au contraire intéressé, selon enfin qu'il s'agit d'une plaie par armes à feu, pouvant entraîner à sa suite d'autres accidents. De là des complications diverses, les unes antérieures, les autres secondaires à la blessure et ayant quelque affinité avec les organes urinaires ; ce seraient les complications morbides; d'autres plus directes, les complications traumatiques, soit primitives, soit consécutives, telles que les hémorrhagies ou les épanchements sanguins, les épanchements urineux, les dépôts, les infiltrations d'urine et leurs conséquences, les effets des corps étrangers, les accidents inflammatoires et spécialement la péritonite, la fièvre traumatique, les accidents nerveux, et certains troubles fonctionnels; et des complications spéciales, comme les lésions de l'abdomen, des

os du bassin, du canal intestinal et en particulier du rectum, de l'urètre et des organes génitaux ; telle est la série des complications nombreuses et souvent multiples des plaies de la vessie dont il serait intéressant de tracer le tableau d'une manière méthodique, complète ; et pour lequel M. Demarquay a fourni d'utiles matériaux.

Rappelons quelques points relatifs à cet important sujet des complications. Ainsi les plaies d'armes à feu de la vessie déterminent une perte de substance ordinairement reconnaissable à la chute des escarres, et laissant parfois une sorte de brèche assez large, comme dans une observation de Guérin rapportée par Verdier. Ce phénomène de la chute des escarres a été soigneusement exposé par Larrey, qui le considère comme la circonstance essentielle à l'infiltration urineuse, de même que la présence des escarres tend à prévenir ce fâcheux résultat, mais sans l'empêcher toujours , comme l'a fait remarquer S. Cooper.

Si l'issue de l'urine par la plaie est le signe caractéristique de la pénétration de la vessie, ce signe est variable selon le siége, le trajet et le parallélisme de la blessure, selon le degré de réplétion de la vessie, et partant, selon la quantité d'urine qui s'en échappe, selon enfin le mélange de ce liquide à d'autres matières. D'où un écoulement d'urine, tantôt primitif, tantôt consécutif, momentané ou renouvelé , intermittent ou continu. C'est là un point sur lequel M. Demarquay n'a pas assez arrêté son attention.

Au lieu de sortir librement par la plaie, l'urine éprouve trop souvent des obstacles à son passage ; elle s'infiltre, elle s'épanche dans les tissus circonvoisins et devient le point de départ d'accidents graves. Tous les chirurgiens savent qu'aucun liquide n'est susceptible d'une extravasation plus rapide et plus nuisible que l'urine, tendant, si on ne lui donne une issue prompte, à provo-

quer une inflammation phlegmoneuse, suppurative, ulcérante et gangréneuse des parties traversées, ou infiltrées ou distendues par ce liquide ; et devenant le siége d'un gonflement plus ou moins considérable, avec ou sans fluctuation, de douleurs vives, d'une réaction inflammatoire, d'une fièvre urineuse, avec imminence de résorption, par la multiplicité des bouches absorbantes des vaisseaux lymphatiques et des veines répandues dans le tissu cellulaire sous-cutané de la région ano-périnéale. Notre confrère a rappelé des faits en rapport avec de semblables complications.

Si les accidents urineux nous ont paru devoir être les premiers à signaler, les accidents hémorrhagiques méritent ensuite d'être indiqués, d'autant plus qu'ils ne sont pas toujours extérieurement visibles ; et si, dans un grand nombre de cas, la plaie de la vessie s'annonce par une hématurie qui en fait presque un signe pathognomonique de la blessure, en même temps que le sang s'écoule avec l'urine par la plaie, ce sont exceptionnellement des vaisseaux extérieurs à la vessie qui donnent lieu à des hémorrhagies. L'artère épigastrique, par exemple, fut lésée dans un cas dont les *Mémoires de l'Académie des sciences*, pour 1725, font mention (voir l'observation de Meslin). La blessure, assez compliquée d'ailleurs, parvint à la guérison. M. Demarquay a constaté aussi cette lésion de l'artère épigastrique chez l'un des deux blessés observés par lui.

L'hémorrhagie des plaies de la vessie, au lieu de se manifester au dehors, survient quelquefois intérieurement, et constitue un véritable épanchement qui tend à s'effectuer dans la poche urinaire elle-même. C'est ce que l'on pourrait appeler une hémorrhagie intra-vésicale. Cette complication survenue ainsi dans les cas de Meslin, de Guérin et Verdier, a été bien observée et décrite par Larrey. Le sang épanché ou amassé dans la vessie tend à s'y coaguler, malgré la présence de l'urine,

et agit comme corps étranger, en entraînant des effets complexes et successifs d'hémorrhagie interne, d'inflammation ou de cystite et de rétention d'urine.

Le cathétérisme, dans de telles conditions, devient difficile ou impossible; et M. Demarquay en fournit un exemple emprunté par lui à Bourrienne. Cet accident est d'autant plus fâcheux que l'urine, ne pouvant plus s'écouler par sa voie naturelle, tend à sortir par la plaie qui lui a été faite.

Les accidents urineux et les accidents hémorrhagiques ne sont souvent, dans les plaies de la vessie, que le point de départ ou la cause directe des accidents inflammatoires, dont le plus fréquent et le plus redoutable à la fois est sans contredit la péritonite. C'est tantôt la lésion primitive du péritoine, contusion, plaie ou déchirure, tantôt sa lésion consécutive par épanchement de sang, d'urine surtout, et même de matières stercorales mêlées à l'urine, qui déterminent l'inflammation de cette membrane. Nous n'avons pas à rappeler ici les signes de la péritonite traumatique, que notre confrère a eu soin de retracer, en insistant avec raison sur les conséquences de cette complication fâcheuse.

L'inflammation propre de la vessie où la cystite est beaucoup plus rare et moins grave dans les plaies qui intéressent cet organe. Elle est particulièrement occasionnée par la présence des corps étrangers de toute espèce et semble se prononcer davantage vers le col, d'où des difficultés pour le cathétérisme, et des chances nouvelles de rétention d'urine.

Les chirurgiens militaires anglais, Hennen, entre autres, et Samuel Cooper, paraissent redouter la terminaison de la cystite par gangrène, lorsqu'elle est causée par des corps étrangers.

Les accidents phlegmoneux du bassin ou du périnée sont produits par les dépôts et les infiltrations d'urine qui provoquent la gangrène du tissu cellulaire des régions circonvoisines.

La fièvre traumatique accompagne cette phlegmasie locale, susceptible, comme nous l'avons indiqué, de se terminer par la résorption urineuse ou par l'infection purulente. L'auteur du mémoire aurait utilement fait quelques recherches sur ce sujet et sur les conditions traumatiques les plus propres à amener la rétention d'urine, d'autant qu'à notre point de vue, cette complication a été à peine énoncée par les auteurs.

Si enfin, à cause même de cette rétention, l'urine tend à sortir de la vessie par regorgement, elle peut déchirer les cicatrices, les adhérences, s'échapper de nouveau à travers les plaies et occasionner de nouveaux accidents. Une observation de Poneyès démontre la réalité de ce fait.

Les accidents nerveux sont parfois assez prononcés dans les plaies de la vessie et entre autres dans les plaies de la région ano-périnéale. Ainsi la douleur, souvent très vive dans la direction des plaies, cause une sensation de brûlure, renouvelée par le passage de l'urine ; souvent aussi elle est sourde, profonde, avec pesanteur, tantôt intermittente, tantôt continue ou bien spasmodique et concentrée vers le col ; elle est occasionnée alors plus particulièrement par la présence et le contact des corps étrangers.

Les douleurs locales donnent lieu, dans certains cas, à des phénomènes généraux, soit sympathiques vers l'estomac, en provoquant des hoquets, des nausées, des vomissements spasmodiques, soit symptomatiques, en produisant le délire nerveux (si surtout la fièvre urineuse s'est déclarée), ou bien en entraînant des phénomènes de paralysie vers les membres inférieurs.

M. Demarquay rappelle une observation intéressante de paraplégie suivie de guérison. Cette observation, insérée dans la *Gazette allemande de Strasbourg* (1812) et dans le *Journal* de

Sédillot, représente une plaie de la vessie compliquée de lésion du bassin et du rectum.

La citation de ce fait nous conduit à signaler, non plus des accidents généraux, mais des accidents spéciaux, comme complications des plaies de la vessie par armes à feu.

Et d'abord les lésions du bassin, fractures diverses, partielles, multiples, comminutives, etc. Tantôt c'est le pubis, dans sa branche horizontale (Gautier), ou dans sa branche descendante (Larrey), qui se trouve fracturé; tantôt c'est l'os iliaque qui est perforé ou brisé en éclats par une balle, soit d'un seul côté, soit des deux côtés. Une observation de M. Fleury (de Clermont), une autre de M. Jobert (de Lamballe), ont trait à des fractures des os iliaques.

Dans certains cas singuliers, le projectile, sans entamer le bassin, s'engage dans sa cavité par l'une de ses ouvertures. M. Demarquay raconte, d'après M. Kéraudren, l'histoire fort curieuse d'une plaie de l'abdomen par une baguette de fusil, qui s'y était introduite à travers le trou ovale : le blessé mourut, et à l'autopsie on trouva l'iléon et le rectum traversés, ainsi que la vessie, avec implantation de la baguette à la base du sacrum jusqu'au canal sacré.

M. Bataille a publié, dans les *Mémoires de médecine militaire*, en 1821, l'observation d'un soldat frappé dans une rixe par un coup de sabre, qui pénétra dans le ventre à gauche de la ligne blanche, perfora la vessie et s'enfonça jusqu'à la garde, dans la direction de l'échancrure sciatique du côté droit, en perçant la fesse. Le blessé croyait avoir été atteint successivement dans ces deux endroits différents, lorsqu'on acquit la preuve que c'était une seule et même blessure. Les accidents les plus graves faisaient craindre une mort imminente, mais un traitement bien suivi amena une guérison inespérée, le trente-neuvième jour.

Les lésions du sacrum sont ordinairement des perforations

produites par des balles, qui peuvent s'arrêter dans la vessie, comme nous l'avons rappelé à l'occasion des corps étrangers. Telle est l'observation de Langenbeck, sur laquelle nous reviendrons, à propos de la taille, de même que celle du nommé Gariot, appartenant à Larrey, celle enfin de M. Demarquay lui-même.

Notre confrère rapporte enfin dans son mémoire, avec les détails indispensables, un cas extraordinaire emprunté à Percy. Il s'agit d'un lieutenant de chasseurs, blessé en Espagne, en 1812, par une balle qui traversa la vessie de part en part, en fracturant l'os iliaque et en perforant l'articulation coxo-fémorale. Les accidents les plus sérieux survinrent, mais le blessé ne succomba qu'au cinquante-sixième jour.

L'une des complications les plus fâcheuses, c'est la lésion de l'intestin et spécialement du rectum qui s'ajoute quelquefois aux fractures du bassin. Rémy, Larrey, MM. Kéraudren, Fleury (de Clermont) fournissent des exemples de perforation simultanée de la vessie et de l'intestin grêle par des balles. Dans l'observation de M. Kéraudren, déjà citée, on trouva une triple perforation de l'iléon, de la vessie près de l'urètre et du rectum.

C'est surtout dans les plaies d'outre en outre du bas-fond de la vessie que le rectum est facilement intéressé. La sortie des excréments mêlés aux urines par l'une et l'autre ouverture, ou par l'anus, est le signe caractéristique de cette double lésion, qui entraîne des accidents inflammatoires assez graves, par l'infiltration et l'épanchement des matières, dans le petit bassin, par la formation de dépôts urineux et stercoraux dans la région ano-périnéale, et par les conséquences de ces accidents eux-mêmes.

Le fait de Gautier retrouve place ici : La balle, entrée par le pubis, sortie par le sacrum, avait ouvert la vessie et le rectum, en déterminant une paraplégie; la guérison s'accomplit cependant, mais au sixième mois.

Le mémoire reproduit, au même titre, deux observations de Larrey ; dans l'une, il est question d'un chasseur à cheval (né Chaumette) blessé par une balle qui perfora l'hypogastre et ressortit par la fesse gauche à travers l'échancrure sciatique. La lésion simultanée de la vessie et du rectum ne fut point suivie d'accidents notables et la guérison fut prompte. Dans l'autre observation, c'est le sergent Gariot, qui fut blessé à Saint-Jean-d'Acre par un coup de feu : la balle entra par l'aine droite et sortit par la fesse gauche, en fracturant le pubis ; l'issue de l'urine et des matières stercorales eut lieu à la fois par les deux plaies et par le rectum ; la guérison s'effectua, mais les symptômes de la pierre se déclarèrent plus tard, et l'opération de la taille fut pratiquée avec succès. Une incontinence de matières stercorales avec prolapsus du rectum, fut la suite de cette blessure profonde qui s'était compliquée en outre d'une gangrène de l'intestin. J'ai eu occasion de revoir en 1831, le sujet de cette intéressante observation. Il n'avait conservé qu'une disposition habituelle à la diarrhée, avec une simple procidence du rectum.

Les accidents d'inflammation peuvent amener de funestes résultats, comme nous en avons été témoins chez un soldat de la garde royale blessé en 1830, et placé à l'Hôtel-Dieu dans le service de Dupuytren ; il succomba par épuisement à la suppuration d'une plaie de la vessie et du rectum.

M. Baudens a vu, chez un blessé, les matières et les gaz passer par l'urètre, après avoir séjourné dans la vessie, en même temps que l'urine filtrait par l'anus.

M. Demarquay enfin expose lui-même un fait qu'il a observé sur un blessé de juin 1848, avec MM. Arnal, Dufour et Wurtemberg. Une balle avait atteint l'hypogastre au niveau du canal inguinal droit, et en fracturant le pubis, elle avait entraîné un grand nombre de fragments dans la vessie ; elle avait lésé en

outre l'artère épigastrique, le cordon testiculaire et le rectum, et elle était ressortie par la fesse gauche. Les signes caractéristiques de cette blessure multiple ne furent pas douteux, mais la guérison a été incomplète, car aujourd'hui encore il y a persistance d'une fistule vésico-rectale.

D'autres fois, dit l'auteur, les plaies de la vessie se compliquent de lésions de l'urètre, de la prostate, des vésicules séminales ; mais, ajoute-t-il, ces lésions n'ont pas été démontrées par l'autopsie ; il ne doute pas néanmoins que ces organes n'aient été intéressés dans l'observation qui lui est propre et dont nous venons de rappeler la substance.

On n'a pas non plus, que nous sachions, remarqué l'inflammation simultanée de l'urètre, et cependant on conçoit qu'elle puisse survenir, si ce n'est exister déjà par d'autres causes.

La lésion des organes génitaux compliquant les plaies de la vessie par armes à feu, est un fait dont notre confrère a exagéré la fréquence. Quelquefois à la vérité, comme il en a fourni la preuve lui-même, le cordon spermatique étant coupé, des hémorrhagies et l'atrophie du testicule sont la conséquence de cette blessure.

Nous trouvons dans le mémoire, d'après Larrey, deux autres observations de lésion des organes génitaux. Dans l'une, chez le nommé Desjardins, blessé à Saint-Jean-d'Acre, une balle, en traversant le bassin, de l'échancrure sciatique gauche aux bourses du côté droit, perfora le bas-fond de la vessie et s'arrêta dans le scrotum, d'où elle fut extraite après une ulcération gangréneuse. La guérison eut lieu. Dans l'autre observation, le lieutenant Burnet fut blessé à Hanau par une balle qui traversa la vessie et le rectum, en entamant le scrotum et le cordon spermatique. Nous rappellerons ailleurs ce fait dont la guérison fut remarquable.

L'observation de M. Demarquay, jointe à ces deux-là, offre un exemple d'inflammation suppurante et d'atrophie secondaire du testicule, avec suintement de matière prolifique, peu abondante, ténue et filante comme le fluide prostatique. D'où notre confrère conclut selon la vraisemblance à la lésion possible des vésicules séminales, dans les perforations simultanées du rectum.

Le diagnostic des plaies de la vessie est, dit-il avec raison, assez certain. En effet l'appréciation des circonstances de la blessure n'offre pas de difficultés en général, non plus que l'ensemble des signes qui la caractérisent. L'issue de l'urine par la plaie suffirait comme signe pathognomonique, s'il existait constamment, mais il n'en est pas toujours ainsi. Tantôt l'urine s'écoule par la plaie, mais au moment seul de l'accident, sans que le chirurgien en soit témoin; tantôt il ne s'en écoule pas du tout, soit par état de vacuité de la vessie, soit par défaut de parallélisme; d'autres fois aussi l'issue de l'urine n'est que consécutive au débridement, à la chute des escarres, à l'extraction des corps étrangers.

L'exploration directe doit assurément faciliter le diagnostic, mais à condition d'être réservée, d'après le conseil de Larrey, qui recommande d'attendre la période de suppuration, dans les plaies d'armes à feu.

La palpation de l'abdomen, le toucher médiat par le rectum (et dans des cas fort rares sans doute, par le vagin), peuvent aider à reconnaître la saillie de la balle, si celle-ci se trouve dans la vessie.

Le cathétérisme, nécessité du reste par l'une des indications les plus essentielles du traitement, est sans contredit le moyen de diagnostic le plus sûr, lorsqu'il s'agit de constater la présence d'un corps étranger quel qu'il soit. Notre confrere n'a pas examiné ce point de la question ni les détails qui s'y ratta-

chent, tels que le choc sensible d'un projectile et le son mat qu'il transmet à l'auscultation, au lieu d'un son clair, comme celui d'un calcul, sa mobilité relative, etc.

Disons avec lui que la marche des plaies de la vessie est très variable, de même que leur durée, sans revenir sur les diverses influences de ces variations.

M. Demarquay aurait pu insister davantage sur le pronostic, qui offre plusieurs points importants à considérer.

Cui persecta vesica, lethale, a dit Hippocrate dans un aphorisme dont les anciens avaient fait une sentence de mort; mais ce pronostic funeste n'a pas été confirmé par les modernes; voici pourquoi, selon nous. Et d'abord, les plaies par armes blanches, les seules rencontrées autrefois, semblent, sous certains rapports, se compliquer d'accidents graves beaucoup plus que les plaies par armes à feu si bien observées aujourd'hui. Les unes, en effet, perforent et divisent nettement ou largement les tissus, en favorisant aussitôt l'infiltration ou l'épanchement d'urine et les effets fâcheux qui en résultent; les autres, au contraire, malgré l'action des projectiles ou à cause de cette action même, en déterminant l'attrition immédiate, le gonflement et l'escarrification de ces tissus, les préservent mieux des conséquences de l'issue de l'urine hors de la vessie. (Telle est, du moins, l'opinion du rapporteur de ce mémoire.)

En y joignant l'influence salutaire des progrès de la chirurgie dans le traitement des plaies, dans les premiers secours à donner aux blessés, dans l'application des moyens les plus rationnels à la guérison des plaies de la vessie, et enfin, dans les succès relatifs des opérations de taille, nous aurons l'explication d'un pronostic très variable

Petit le fils, dans son beau travail sur les épanchements abdominaux, dit qu'ils ne sont pas toujours mortels, même lorsqu'ils sont dus à de l'urine; et il en donne des raisons parfaite-

ment plausibles. S'il est incontestable, en effet, que la lésion du péritoine ajoute à la gravité des blessures de la vessie, on peut admettre que ces blessures ne sont pas sans danger, lors même que le péritoine ne semble point enflammé. Il suffit de se représenter les autres lésions dont nous avons parlé, pour prévoir les conséquences de chacune d'elles, sans qu'il soit besoin d'entrer dans de nouvelles considérations à cet égard.

Une question de thèse ainsi posée : *Des dangers des blessures de la vessie, au point de vue médico-légal*, a été assez bien traitée par M. Roux (de Saint-Bonnet), dans sa dissertation inaugurale soutenue à Paris en 1840; et M. Demarquay a tiré quelque parti de ce travail. Les faits sont en trop petit nombre, à la vérité, pour bien juger cette question; mais les analogies de certaines blessures avec les opérations de la taille, ne manquent pas de valeur pratique, et elles démontrent que les accidents résultent moins de la blessure de la vessie que de la lésion des autres organes atteints avec elle.

La gravité du pronostic est d'ailleurs en rapport avec la région lésée, comme l'énonce M. Roux (de Saint-Bonnet). Ainsi, par l'hypogastre, ce pronostic varie nécessairement selon que le péritoine est intéressé ou non; et l'on sait combien est à redouter l'infiltration urineuse dans la région suspubienne.

Le pronostic devient plus grave dans la région inguinale, à cause de la lésion possible des gros vaisseaux qui s'y trouvent. Percy, dans un mémoire lu à l'Institut en 1812, mais peu connu aujourd'hui, sur *l'ancienneté, l'origine et le fondement de la tradition qui fait regarder comme mortelles les blessures aux aines*, a emprunté à l'histoire, des faits d'un curieux intérêt, sans indiquer même le danger relatif des lésions de la vessie.

M. Demarquay cite cependant des observations contraires à ce fâcheux présage. Si la blessure siège à la région ano-périnéale, les accidents à craindre dépendent de la lésion du

bassin, des nerfs sacrés, du rectum, etc., en raison des fractures comminutives, avec ou sans pénétration des corps étrangers dans la vessie, des effets de paraplégie, des hémorrhagies, des infiltrations d'urine, des dépôts, des fistules, etc., d'où enfin la nécessité d'éliminer ou d'extraire les corps étrangers. Mêmes accidents à pronostiquer dans les plaies d'armes à feu, si la vessie est atteinte par une perforation directe des os iliaques à travers la région fessière. Inutile de répéter ce qui a été dit pour la lésion des organes génitaux, d'après l'auteur du mémoire.

La curabilité des plaies de la vessie est donc soumise à des conditions variables, selon les agents vulnérants, la nature et le siége des désordres, selon les complications traumatiques, selon le choix et la direction des moyens de traitement. Ce principe général souffre néanmoins d'assez nombreuses exceptions, puisque des lésions de la vessie fort compliquées, fort graves en elles-mêmes, ont été suivies de guérison. Louis, Verdier, Gautier, Larrey et d'autres l'ont démontré, par des exemples que M. Demarquay a reproduits en partie, et qui attestent les résultats surprenants des efforts de la nature, secondés par les ressources de l'art.

L'explication que j'en ai donnée pour les blessures d'armes à feu, me semble pouvoir se compléter, non seulement par l'attrition et le gonflement des tissus, par la formation des escarres, mais encore par la disposition canaliculée des plaies favorisant l'issue des liquides, par la formation prompte d'adhérences salutaires, et par le défaut même de la cicatrisation trop rapide, qui s'effectue dans les blessures par armes blanches. C'est un point de la question que je regrette encore une fois de ne pouvoir développer ici, et dont l'examen me semble devoir être utile en médecine légale.

Il faut reconnaître enfin que la guérison est d'autant plus fa-

cile et plus prompte, que la blessure se trouve réduite aux conditions les plus simples, en même temps que l'art intervient plus vite et plus à propos, pour rendre aux urines leur cours naturel.

Et la conséquence pratique de ces faits généraux d'observation, c'est qu'il faut tenter, dans tous les cas, de guérir une plaie de la vessie, quelle qu'en soit la gravité. Ce principe ressort évidemment de quelques uns des faits particuliers que notre confrère a réunis dans son travail.

La mortalité, faute de secours assez prompts ou assez méthodiques, et malgré les soins les mieux administrés, est trop souvent la conséquence de ces blessures. Nous avons cherché à démontrer pourquoi elle était plus fréquente et plus prompte par les plaies d'armes blanches que par les plaies d'armes à feu. Ajoutons que l'expérience en donne la preuve. Larrey a vu sur les champs de bataille des soldats qui avaient eu la vessie traversée par des coups d'épée, de sabre ou de baïonnette, et qui, nonobstant les secours les plus empressés, succombaient à peu près tous dans les quarante-huit heures aux effets de l'inflammation et de la gangrène, lorsque le péritoine avait été lésé. La péritonite est donc la principale cause de mort, qui est due aussi à d'autres complications, telles que l'infiltration et la gangrène urineuse; la suppuration surabondante et les résorptions; les hémorrhagies et les épanchements de sang. D'autres causes encore, sans les rappeler, peuvent contribuer au funeste résultat des plaies de la vessie.

L'anatomie pathologique de ces blessures laisse encore tout à désirer. Les matériaux, dit M. Demarquay, manquent presque entièrement, faute d'autopsies. Il a cependant rapporté lui-même, d'après les auteurs, trois ou quatre cas de mort suivis de l'examen cadavérique; mais il n'a pu en tirer un parti assez avantageux, et nous devons le regretter, parce que ses

connaissances anatomiques si précises l'auraient guidé dans l'étude de cette question. Notre confrère se demande néanmoins s'il n'a pas fait implicitement l'anatomie pathologique en décrivant les plaies de la vessie. Nous ne saurions admettre une semblable supposition ; et c'est par là qu'il termine son mémoire. Il aurait mieux fait, selon nous, de s'étayer de ses intéressantes expériences sur l'anatomie normale de la vessie, pour rechercher par des vivisections quelques unes des altérations consécutives aux lésions traumatiques de cet organe, ainsi que le mécanisme de leur guérison.

Le mode de cicatrisation des plaies lui aurait fait découvrir d'utiles particularités sur l'oblitération des ouvertures, et spécialement sur la formation des adhérences immédiates ou médiates liées à la cicatrisation, adhérences que nous proposons de différencier, selon qu'elles s'établissent entre la vessie et les parois tégumentaires, entre elle et le péritoine, entre elle et l'intestin, spécialement avec le rectum ; de là des adhérences vésico-tégumentaires, vésico-péritonéales et vésico-intestinales ou vésico-rectales. L'observation si extraordinaire, rapportée par Percy et reproduite par M. Demarquay, démontra, à l'autopsie, que les adhérences solides auraient assuré la guérison, sans la funeste fracture de l'articulation coxo-fémorale.

L'analyse chimique, enfin, permettrait, dans certaines circonstances, d'apprécier le mode de formation et de composition des concrétions calculeuses à la surface et autour des corps étrangers qui leur servent de noyau. On parviendrait à savoir, par cette analyse, si les pierres qui ont pour centre un projectile de plomb, par exemple, se composent des mêmes éléments que les pierres formées autour d'un fragment d'os, ou, en d'autres termes, si l'agrégation chimique de ces calculs n'est pas modifiée, selon la nature même des corps étrangers, ou selon certains principes d'affinité. C'est donc là une

autre lacune à remplir dans la question des plaies d'armes à feu de la vessie; et, sans attribuer à cette étude plus d'importance qu'elle n'en mérite, on trouverait dans des collections quelques calculs de ce genre. Larrey, notamment, a déposé dans l'ancien musée de la Faculté une balle recouverte d'incrustations calcaires (cette balle avait été extraite par la taille, avec des esquilles, un morceau d'étoffe et des caillots sanguins). La conséquence de cette appréciation par l'analyse ne serait peut-être pas sans utilité pour la thérapeutique de ces blessures.

La question du traitement des plaies de la vessie se présente enfin. M. Demarquay en précise nettement les indications, qu'il range en quatre ordres, à savoir : 1° favoriser l'écoulement de l'urine, soit par une sonde dans l'urètre, soit par une sonde dans la plaie jusque dans la vessie, pour prévenir l'infiltration urineuse; 2° débrider avec mesure, pour faciliter l'écoulement de l'urine et l'extraction des corps étrangers; 3° vider le rectum, s'il est intéressé; 4° combattre les accidents généraux, hémorrhagiques, inflammatoires nerveux, et les complications spéciales, par les moyens les plus rationnels. Ces diverses conditions, du reste, sont à peu près celles du traitement des opérations de taille. Elles sont tellement essentielles, que des premiers secours donnés à un blessé dépend souvent sa guérison. Il importe donc avant tout, et dès que le diagnostic est établi, de discerner chacune des indications thérapeutiques.

Si la plaie extérieure est large et directe jusqu'à la vessie, on la maintient ouverte, soit par l'écartement, soit par l'interposition d'une mèche de charpie, en introduisant une sonde dans la vessie par l'urètre. Si, au contraire, la plaie extérieure est étroite et sinueuse, relativement à la plaie plus large de la vessie, il faut débrider en dehors, et, comme dans le cas précédent, placer une sonde à demeure. Cette première précaution prise contre l'infiltration ou l'épanchement d'urine permet de recou-

rir aux moyens propres à arrêter l'hémorrhagie, et à extraire les corps étrangers.

Cela étant posé, nous examinerons successivement les divers moyens du traitement des plaies de la vessie.

Et d'abord, afin de n'y plus revenir, les médications simples qui sont d'une grande utilité constituent le traitement médical et hygiénique, à proprement parler.

Les émissions sanguines sont recommandées même par les chirurgiens anglais, si peu partisans des saignées en principe. Larrey, nous devons le dire, ne les a peut-être pas assez conseillées en France. C'est comme méthode à la fois préventive et curative des accidents inflammatoires que les saignées générales ont de l'efficacité; elles peuvent même être renouvelées plusieurs fois. Une observation de Duvergé signale un cas de guérison après huit saignées.

Les saignées locales, moins nécessaires, sont avantageusement remplacées par l'hémorrhagie traumatique contenue dans certaines limites et agissant comme moyen de dégorgement le plus prompt, aussi bien que comme moyen préservatif le plus sûr de l'inflammation. Le débridement, lorsqu'il est indiqué, fournit le même résultat. Les scarifications, les ventouses scarifiées ou les sangsues, semblent réservées à quelques cas d'engorgement de la plaie. M. Demarquay a employé avec succès les sangsues chez un de ses deux blessés. (Les sangsues sont indiquées plus spécialement contre la péritonite.)

Les bains tièdes prolongés, les applications émollientes, les fomentations, les embrocations huileuses, camphrées, sur l'abdomen, des lavements laxatifs, le repos au lit, un régime sévère, la diète, surtout pendant les premiers jours de la blessure, accompagnent ordinairement la médication antiphlogistique, mais ne sont pas d'une égale nécessité. C'est au chirurgien à apprécier les indications particulières.

La diète des aliments, lorsque le rectum se trouve intéressé, doit être conseillée ainsi que la diète des boissons, malgré le besoin de la soif, qui s'apaiserait assez bien par des morceaux de glace ingérés dans l'estomac.

Les antispasmodiques seront ordonnés si des accidents sympathiques, tels que hoquets, nausées, vomissements, se déclarent du côté des voies digestives.

Les purgatifs doux, comme M. Demarquay les a prescrits à l'un de ses blessés, sont assez utiles, si la constipation est opiniâtre. Les opiacés conviennent dans les cas contraires.

Des frictions mercurielles seraient essayées contre les symptômes de péritonite.

Les réfrigérants enfin, employés avec succès par notre confrère, chez son second malade, seraient plutôt réservés au traitement local.

Ce traitement local réclame d'abord le pansement. Nettoyer et absterger la plaie, si elle est simple, et, si elle ne l'est pas, la simplifier par des opérations appropriées; la débarrasser du sang et des corps étrangers qu'elle peut contenir; appliquer sur ses bords un linge fenêtré enduit de cérat ou de styrax, quelques gâteaux de charpie, des compresses et un bandage en T: tels sont à peu près les moyens les plus usuels du pansement.

Diverses substances peuvent être substituées au cérat et au styrax: ainsi l'huile de térébenthine, comme l'annonce l'observation de Duvergé entre autres; l'onguent digestif, comme Poneyès et Larrey l'ont recommandé.

Mais nul pansement ne saurait être de quelque avantage, si son action n'est secondée par des précautions essentielles.

La première des indications, la plus propre à seconder l'effet du pansement, c'est la position qu'il faut donner au blessé relativement à la région intéressée. Nous n'avons trouvé

dans aucun auteur de notions précises à cet égard, non plus que dans le mémoire de notre confrère. Et cependant, bien comprise et bien dirigée, la position facilite le déplacement des corps étrangers, qui, par leur nature, leur pesanteur ou leur mobilité, tendent à se porter au dehors. Elle aide aussi, d'une façon, l'écartement des lèvres de la plaie, et de l'autre leur rapprochement, avec ou sans issue de l'urine épanchée ou infiltrée.

Certains mouvements imprimés avec mesure au corps du blessé seconderaient efficacement la position. En voici une preuve notable : Brambilla vit à l'hôpital de Pavie un jeune homme blessé d'un coup de pistolet sur l'os pubis, à côté de la ligne blanche ; la balle était entrée dans la vessie. Grazioli (le maître de Brambilla) opéra le débridement, et, après avoir fait placer le sujet sur le ventre, il effectua la sortie de la balle par des mouvements successifs dirigés du bassin sur la colonne vertébrale. Le blessé guérit en cinq semaines.

Mais il n'est pas d'indication plus urgente que l'introduction d'une sonde dans la vessie. Cette indication a été formellement établie par les anciens eux-mêmes, et recommandée de nouveau par Larrey surtout, par Dupuytren, S. Cooper et d'autres après eux. M. Demarquay a soin d'en faire ressortir l'utilité dans son observation.

L'un des faits les plus concluants en faveur de la sonde est de Poneyès, et se rattache à un cas précité, dans lequel les accidents cessèrent par ce seul moyen, quoiqu'il eût été employé secondairement.

Cabrol, d'après Chopart, dit qu'un soldat qui fut blessé d'un coup de feu au bas-ventre perdait toute son urine par deux plaies, sans en rendre une seule goutte par l'urètre. L'algalie, placée dans la vessie, rétablit le cours de l'urine et assura la guérison.

Larrey attribue essentiellement à cette pratique la guérison d'un grand nombre de soldats atteints de blessures à la vessie, et il désigne le général Bon comme ayant succombé, pour n'avoir pas voulu supporter une sonde à demeure.

Les indications de la sonde et ses avantages rentrent dans les conditions suivantes : Rétablir le cours naturel des urines; arrêter ou détourner leur passage par la plaie ; prévenir ou diminuer l'épanchement ou l'infiltration de ce liquide, et conséquemment les accidents inflammatoires, les dépôts urineux, la gangrène, les fistules ; faciliter l'expulsion du sang accumulé dans la vessie (Larrey), et quelquefois même l'issue des corps étrangers de petit volume (Larrey, Hennen, S. Cooper); empêcher la distension consécutive de la vessie, et favoriser, selon nous, l'affaissement de ses parois et le rétrécissement des lèvres de la plaie ; hâter enfin et assurer souvent la guérison.

La sonde élastique est préférable à la sonde métallique ; elle est plus flexible et reste plus aisément en place. Elle doit être assez grosse pour permettre la sortie des caillots sanguins, mais elle a besoin d'être renouvelée tous les deux ou trois jours, ou nettoyée, pour ne point se ramollir, s'oblitérer ou se remplir de concrétions.

La sonde à siphon du professeur J. Cloquet offrirait, sur les sondes ordinaires, l'avantage d'aspirer sans cesse l'urine à mesure qu'elle arrive dans la vessie; mais cette sonde est parfois pénible à supporter, et pourrait donner lieu à des accidents locaux ou généraux. L'algalie elle-même n'est pas exempte de ces inconvénients-là, et nous devons le reconnaître, d'après Sanson, qui contestait trop absolument l'utilité de la sonde à demeure.

L'une des premières indications qui se présentent, dans les cas d'hémorrhagie, assez rares du reste, c'est évidemment d'arrêter l'écoulement sanguin. Les divers moyens hémosta-

tiques connus s'appliquent aux cas d'hémorrhagie externe dont la source est appréciable ; ce sont d'ailleurs des accidents pour la plupart analogues à ceux qui suivent les opérations de taille.

Mais les hémorrhagies internes, surtout l'épanchement de sang dans la vessie, exigent des moyens dont l'emploi n'a peut-être pas été assez prévu.

Les irrigations, par exemple, dans le but de dissoudre le sang coagulé, en l'entraînant au dehors, sont d'une grande ressource aussi pour prévenir la formation des concrétions fibrineuses et les accidents dus à la présence des corps étrangers. Une observation de Guérin, rapportée par Verdier et reproduite par M. Demarquay, prouve l'efficacité des injections dans les hémorrhagies intra-vésicales. Larrey considère l'emploi des injections comme tout à fait rationnel en pareil cas, et il y a eu recours aussi. M. Demarquay, enfin, s'en est loué chez son blessé. Ajoutons que les injections sont encore très utiles après l'extraction des corps étrangers, pour amener leurs débris à l'extérieur, et pour déterger les dépôts urineux, les foyers purulents, etc. Il est entendu que ces injections doivent être tièdes, émollientes, dans la plupart des circonstances.

Après ce moyen de traitement, s'offre à nous l'usage des scarifications, qu'il faut distinguer des débridements, et qui ont pour but de dégorger les parties infiltrées. Elles sont indiquées, nécessaires même, lorsque l'infiltration urineuse se forme dans le tissu cellulaire sous-cutané ou sous-aponévrotique. Recommandées par Larrey, Sanson et M. Bégin, elles doivent être faites promptement, profondément, hardiment, sur tous les points où l'inflammation gangréneuse est imminente. Les faits à l'appui de cette pratique sont assez nombreux : elle semble donc devoir être acceptée par la plupart des chirurgiens.

Il n'en est pas ainsi de la doctrine des débridements, doctrine

trop controversée dans les cas mêmes de plaies de la vessie. Morand, l'un des premiers, d'après Guérin et Chopart, raconte un fait favorable à l'emploi des débridements, et, dans ce fait, consigné ailleurs, des injections de la plaie et d'autres moyens rationnels contribuèrent sans doute à la guérison.

Larrey, plus qu'aucun autre chirurgien, a soutenu les avantages du débridement dans les plaies de la vessie par armes à feu, mais avec ménagement, eu égard aux accidents d'infiltration urineuse. Le débridement, selon lui, est indiqué dans les conditions suivantes : lorsque la plaie extérieure est trop étroite, sinueuse, ou sans parallélisme avec la plaie proportionnellement plus large de la vessie ; lorsque, par conséquent, l'infiltration ou l'épanchement d'urine est à craindre; et comme moyen propre à faciliter l'issue ou l'extraction des corps étrangers, à dégorger la plaie par une véritable saignée locale, à prévenir ou à combattre l'inflammation circonscrite, à aider la chute des escarres, à simplifier la blessure, à hâter en un mot la cicatrisation.

Hors ces conditions, on s'abstiendrait de débrider. C'est même pour ne pas compliquer ou agrandir la plaie sans nécessité absolue, que bien des chirurgiens hésiteraient à agir selon le conseil de Larrey. S. Cooper n'en admet l'utilité que lorsqu'il s'agit de favoriser l'écoulement de l'urine ou la sortie des corps étrangers. Mais n'en sont-ce pas là les indications les plus évidentes? Hennen est plus exclusif encore, et il rejette le débridement toutes les fois que la sonde et un pansement convenable peuvent y suppléer. M. Demarquay, enfin, se prononce plutôt pour que contre le débridement, et il nous paraît être dans le vrai, en adoptant en cela une sage réserve.

Faute des débridements pratiqués à propos, on doit quelquefois en venir à des opérations, sinon graves par elles-mêmes, du moins fâcheuses par les conditions qui les réclament. L'ouverture

des abcès urineux devient donc urgente dans beaucoup de cas et ne souffre guère d'opposition de la part des chirurgiens. Larrey encore se prononce très formellement à cet égard. C'est par des incisions hardies, profondes, qu'il faut procéder, en agissant, autant que possible, sur les points les plus fluctuants et les plus déclives.

La ponction n'est suffisante que si le dépôt urineux est très circonscrit; l'incision est préférable, si le foyer semble s'étendre un peu loin; la ponction, devant s'appliquer à un épanchement proprement dit, de même que l'incision, convient mieux à l'infiltration, et agit comme un débridement secondaire ou comme une contre-ouverture.

On pourrait à la suite, et pour certains cas seulement, passer un séton dans les plaies extérieures, comme cela fut fait chez un maçon de Neufchâtel, qui guérit en sept semaines d'une double plaie compliquée du bas-fond de la vessie. M. Demarquay, en reproduisant ce fait, a raison de se montrer circonspect dans l'emploi d'un semblable moyen.

Les bons effets du cautère actuel contre les hémorrhagies traumatiques primitives ont engagé M. Vilardebo à s'en servir contre les extravasations de différents liquides sortis de leurs réservoirs spéciaux, tels que l'urine, etc. Il a fait, avec M. Amussat, des expériences pour obtenir, après une ouverture étroite à la vessie, l'oblitération de cette ouverture par la cautérisation immédiate à l'aide d'un stylet rougi à blanc. Ces expériences ont réussi, et elles expliqueraient, jusqu'à un certain point, quelques uns des phénomènes de la cicatrisation des plaies de la vessie par armes à feu, s'il n'y manquait la sanction de la pratique. Il eût été curieux, pour l'auteur du mémoire, de répéter des expériences propres à vérifier celles de M. Vilardebo.

Nous croyons devoir exprimer la même opinion à l'égard

d'un moyen que M. Demarquay ne mentionne pas non plus, et qui a pour objet la suture. M. Pinel-Grandchamp a publié un mémoire fort intéressant intitulé : *Expériences sur les animaux, tendant à établir les avantages de la suture pour obtenir la réunion des plaies de la vessie, et s'opposer aux épanchements urineux.* Ce savant et habile confrère a soumis son travail à une commission de l'Académie de médecine, et, sans pouvoir les reproduire ici, disons au moins que les conclusions du rapport ont été d'accord avec les expériences de l'auteur. Ainsi l'utilité, l'efficacité de la suture ont été démontrées pour les plaies mêmes du bas-fond de la vessie, avec recommandation d'enlever cette suture, susceptible de devenir le noyau d'un calcul, comme cela est arrivé dans quelques unes des vivisections. Les adhérences de la vessie avec les parois abdominales ont été constatées comme empêchant la formation des épanchements. En définitive, les expériences de M. Pinel autorisent à croire que son procédé serait praticable chez l'homme. M. Emery, au sujet de ce rapport, a rappelé à l'Académie que des expériences analogues, selon différents procédés, avaient été faites par M. Jobert sur la vessie (de même que sur les intestins).

Tels sont les moyens indirects ou directs proposés ou employés dans le traitement des plaies de la vessie, pour en obtenir la cicatrisation; mais ces moyens, tout en s'appliquant à certains accidents de ces blessures, ne suffisent pas pour quelques complications spéciales : ainsi, et à part l'utilité réelle d'exciser les escarres, d'enlever les flocons du tissu cellulaire gangrené, etc., il est, à notre avis, une lésion dont M. Demarquay a fort bien apprécié le traitement : c'est la lésion du rectum.

Et sans parler de la déchirure simple de l'anus, qui aurait besoin d'un simple débridement, si donc la vessie et le rectum étaient traversés à distance de là, faudrait-il, d'après Dupuytren,

convertir en une gouttière le trajet de la balle. On ferait cesser de la sorte la contraction du sphincter anal, qui force, selon lui, les matières à passer dans la vessie pendant la défécation. L'opinion de Dupuytren, dit avec raison notre confrère, n'a pas été suffisamment prouvée par les faits. Ce serait d'ailleurs une complication de plus qu'une telle opération.

Lorsque la lésion du rectum aggrave la plaie de la vessie, il importe de prolonger la diète, et d'employer quelques préparations d'opium, pour amener la constipation. Le résultat favorable des opiacés prescrits pendant sept à huit jours a été noté dans un cas par M. Demarquay.

La lésion de l'urètre, sans doute fort rare, puisqu'il n'en cite qu'un fait, comme complication des plaies de la vessie, exigerait le maintien de la sonde à demeure, pour empêcher l'infiltration et les dépôts d'urine, la gangrène, l'ulcération, une fistule, et un rétrécissement du canal, pour assurer enfin la cicatrisation; et dans le but d'y réussir mieux encore, s'il existait une perte de substance, on pourrait, il nous semble, avoir recours à l'urétroplastie, dont d'ingénieuses applications ont été faites à d'autres lésions du canal.

L'auteur du mémoire soumet à l'examen de la Société de chirurgie la question de savoir si l'opération de la boutonnière ne serait pas utile dans certaines circonstances. Celles qui, selon lui, commanderaient cette opération, seraient les suivantes: si la balle, par un trajet oblique, intéressait le col; si l'urine s'écoulait difficilement par le trajet de la balle et par l'urètre; si l'introduction ou la présence de la sonde étaient impossibles ou insupportables (et, à part le gonflement, soit à cause d'une urétrite intense, soit à cause d'un rétrécissement); si enfin l'infiltration urineuse en était la conséquence. Cette question nous semble, en effet, digne de l'attention de la Société; des faits positifs pourraient seuls y répondre, et malheureusement

M. Demarquay n'en produit aucun à l'appui de ses suppositions judicieuses.

Quant aux lésions spéciales des organes génitaux, moins rares peut-être que celles de l'urètre (si l'on admet avec raison, mais sans exemple, que la femme y soit exposée aussi), ces lésions requièrent des moyens de traitement appropriés aux organes intéressés. Aucune règle fixe ne saurait donc être précisée à cet égard. Rappelons ici que, dans un cas très compliqué, Larrey a dû pratiquer l'ablation d'un testicule : c'était chez le lieutenant Burnot, atteint d'un coup de feu qui avait entamé la vessie et le rectum, ainsi que le scrotum et le cordon spermatique, en fracturant le bassin. Cette blessure multiple était guérie au bout de deux mois.

Entre toutes les indications de traitement, l'une des plus importantes, assurément, c'est l'extraction des corps étrangers. Elle constitue même une indication primitive des plus urgentes, toutes les fois que le corps étranger est à la portée de la plaie, ou lorsque par son volume, son poids, sa forme, ses aspérités, il tend à irriter les parties, à favoriser l'infiltration urineuse, les dépôts et d'autres accidents. Cette extraction, assez facile lorsque la plaie antérieure est accessible au doigt ou aux instruments, ne laisse pas que d'offrir ordinairement des difficultés, à cause de l'étroitesse de la plaie, de l'épaisseur des tissus, de l'obliquité du trajet, ou du défaut de parallélisme des ouvertures. De là, comme nous l'avons dit, l'indication du débridement avec ses avantages et ses inconvénients.

Quelques chirurgiens, pour éviter des manœuvres douloureuses d'une part, et un débridement incertain de l'autre, préfèrent attendre et laisser faire la nature. C'est, à notre avis, moins rationnel que d'agir avec ou sans débridement, et selon les précautions convenables pour éviter la déchirure des tissus et l'hémorrhagie.

A défaut de l'extraction directe, Larrey recommande la contre-ouverture à la partie déclive, comme nous le verrons à propos de la taille. Une observation de Duvergé est relative à un jeune homme blessé dans le bas-ventre par une balle de pistolet qui perfora la vessie, donna lieu à des accidents graves, et à la formation d'une tumeur au périnée. Cette tumeur fut ouverte par une ponction avec le trois-quarts de Foubert, puis par une incision ; et il en sortit, avec une grande quantité d'urine, des caillots de sang, un morceau de chemise et la balle. Une autre observation, celle-ci est de Larrey, se rapporte à un soldat de la campagne d'Autriche, frappé par une balle qui traversa le corps de la vessie, et s'arrêta dans l'aine gauche, d'où elle fut extraite par une contre-ouverture. La guérison s'effectua ainsi que chez le blessé de Duvergé.

M. Demarquay donne un excellent conseil dans le cas où le rectum se trouve intéressé, en même temps que la vessie contient quelque corps étranger : c'est d'agir par la voie ouverte de l'intestin, soit avec le doigt recourbé en crochet, soit avec des pinces, pour attirer le bas-fond de la vessie en bas. Notre confrère a eu l'heureuse occasion de mettre ce conseil en pratique sur l'un des deux blessés dont nous avons parlé plusieurs fois : il s'est servi d'une pince à polype pour extraire quarante esquilles par le rectum.

Enfin, l'extraction des corps étrangers faite ainsi, tant par la plaie antérieure que par la plaie postérieure, ou par une contre-ouverture, est primitive ou consécutive, selon qu'elle s'opère avant la formation ou après la rupture de la cicatrice.

Mais si la cicatrisation est définitive, et si le corps étranger engagé dans la vessie ne révèle que tardivement sa présence, qu'y a-t-il à faire?

Les Égyptiens d'autrefois, d'après Prosper Alpin, et les Égyptiens d'aujourd'hui, d'après Clot-Bey, ont souvent pratiqué l'ex-

traction des calculs de petit volume à l'aide d'un dilatateur de l'urètre. Cela étant, et Larrey ayant vu sortir des graviers par les yeux de la sonde à demeure, pensa, d'après cette remarque, que l'issue des plus petits projectiles, des grains de plomb, par exemple, serait possible par le canal. Mais, à défaut de preuve nouvelle, il y aurait quelques recherches à faire à cet égard.

Un moyen d'action plus difficile à démontrer, et qui devrait rester dans l'oubli, s'il ne s'appuyait sur l'autorité de Ledran, c'est la dissolution des balles de plomb par le mercure. Certains auteurs ont pensé qu'il y avait alors formation d'un liquide métallique susceptible de s'écouler par l'urètre; et Ledran, le plus zélé partisan de ce moyen, l'a recommandé, en se fondant sur un seul fait qui semble controuvé. Il a prétendu avoir guéri de cette manière le gouverneur de la Martinique, dans la vessie duquel une portion de sonde de plomb était tombée. Larrey, Dupuytren et d'autres, ainsi que M. Demarquay, ont critiqué avec raison le fait de Ledran et déclaré son interprétation inadmissible.

Nous aurions aussi de la peine à comprendre que, dans les cas de calcul vésical dont le noyau serait un projectile, surtout une balle métallique, la lithotritie fût une opération rationnelle, si elle n'avait été indiquée par Dupuytren, qui ne l'avait cependant point faite ni vu faire; si elle n'avait été considérée par M. Demarquay comme applicable à certains cas exceptionnels; si, plus encore, elle n'avait été employée chez l'un de ses deux blessés par M. Leroy d'Étiolles.

Voici le résumé succinct de ce cas intéressant, mais incomplet : Un homme de cinquante ans, fort et robuste, fut blessé, en juin 1848, par un coup de feu dont la balle traversa le petit bassin de gauche à droite, et ressortit près du pli de la fesse. Deux plaies livrant passage à de l'urine ne laissaient point de doute

sur la nature de la lésion. Les premiers soins furent donnés au blessé par M. Chasseriau. Des accidents d'inflammation assez intense survinrent, suivis d'abcès nombreux qu'il fallut ouvrir; des esquilles sortirent après plusieurs mois par la plaie postérieure; et enfin des calculs se formèrent dans la vessie. Une fois constatés, ils furent soumis au broiement par M. Leroy d'Etiolles. Le malade, dit M. Demarquay dans son mémoire, se plaint d'avoir beaucoup souffert de ces opérations, et il ne semble pas toucher au terme de sa guérison définitive. Au moment même où nous lisons ce rapport, nous apprenons par notre confrère l'incertitude d'un résultat complet.

Tel est le seul fait à citer, non pas peut-être en faveur, mais au sujet de la lithotritie. Son application, d'une utilité contestable dans les cas de ce genre, serait cependant facilitée, selon nous, par l'introduction préalable et obligée de la sonde à demeure.

Les difficultés ou l'impossibilité de l'extraction des corps étrangers directement à travers la plaie accidentelle de la vessie, l'incertitude ou l'insuffisance des moyens d'élimination par la voie naturelle, en un mot, la nécessité d'agir dans les conditions semblables à celles qui caractérisent la formation et le développement des calculs vésicaux, tels sont les motifs qui doivent, en pareille occurrence, autoriser les chirurgiens à pratiquer l'opération de la taille. Les faits à l'appui de ce principe, sans être multipliés, sont assez nombreux déjà pour compter sérieusement aujourd'hui.

Morand fils nous apprend que son père, chirurgien-major des Invalides, fit heureusement l'opération de la taille à un soldat blessé d'un coup de mousquet à l'hypogastre; la balle était enchatonnée dans la pierre.

Tollard rapporte un cas analogue; la balle avait aussi pour noyau une balle de mousquet.

Langenbeck a extrait également par la taille un calcul du volume d'un petit œuf de poule, ayant dans son centre une balle de calibre : c'était chez un soldat allemand atteint d'un coup de feu qui avait lésé le sacrum, le rectum et la vessie. La guérison fut complète.

Souberbielle, dans une circonstance moins grave, mais non moins curieuse, a fait, avec succès, l'extraction d'un biscaïen pesant quatre onces et deux gros, recouvert à moitié de concrétions calcaires.

Larrey, dans des cas compliqués, a conseillé ou pratiqué lui-même l'opération de la taille, qui fut suivie du résultat le plus satisfaisant. L'une de ces observations nous représente un officier frappé au siége de Saint-Jean-d'Acre par un coup de feu qui perfora la vessie et le rectum, en fracturant le pubis. Laissé pour mort sur le terrain, cet officier allait expirer, lorsqu'il fut recommandé aux soins du chirurgien en chef par le général Bonaparte, dont la vigilante sollicitude s'étendait toujours sur les blessés. Il fut relevé, pansé, sauvé, et opéré plus tard de la pierre, qui avait pour noyau des esquilles du pubis; il guérit de cette opération comme il avait guéri de sa blessure. Une autre obervation rappelle le blessé du combat de Witepsk : une balle avait échancré le pubis et perforé la vessie dans sa paroi antérieure, en s'arrêtant dans sa cavité. La cicatrisation de la plaie fut suivie des symptômes de la pierre; l'opération de la taille fut faite, et la guérison s'accomplit au vingt et unième jour.

M. Baudens cite un cas de cystotomie pratiquée par lui, en 1831, sur un enrôlé volontaire atteint d'une balle qui fractura le pubis, et s'arrêta dans la vessie, en y entraînant un fragment d'os. Ces deux corps étrangers furent enlevés facilement, et la guérison eut lieu. Mais nous devons dire avec M. Demarquay, que dans ce cas l'opération consista moins dans

une taille entière que dans un élargissement de la plaie sus-pubienne.

Une question que notre confrère a soin de poser à ce sujet, est de savoir à quelle époque on doit extraire par la taille le corps étranger, une fois reconnu, soit au moment de la blessure, soit plus tard. Il n'a trouvé dans les auteurs aucune réponse à cette question. Si, en effet, c'est un point qui n'a pas été discuté jusqu'ici, il semble cependant appréciable d'après l'examen des faits. Or, dans presque tous les cas connus, c'est assez longtemps après la blessure que l'opération a été faite. J. Corillard assure avoir vu une pierre dont le centre était une balle de mousquet restée dans la vessie d'un gentilhomme cinq ans avant qu'on lui fît l'opération. Larrey l'a pratiquée une seule fois au quatrième jour; et il ne connaissait pas de fait d'opération immédiate, car il ne considérait point comme telle l'ablation des corps étrangers directement à travers la plaie. S. Cooper préfère aussi attendre que les accidents primitifs soient dissipés, pour en venir secondairement à la cystotomie.

Nous pensons, quant à nous, que l'on ne devrait pas établir cette règle d'une manière absolue, parce que d'abord l'extraction primitive des corps étrangers prévient la formation des calculs; parce qu'ensuite, si les accidents de la pierre se manifestent dès les premiers temps de la blessure, ils réclament d'urgence l'opération, sans laisser à la plaie le temps de se cicatriser. Rappelons toutefois qu'ils n'apparaissent en général qu'après la guérison de la blessure.

Cela étant posé, quelle méthode faut-il employer, dans l'opération de la taille, pour extraire de la vessie les corps étrangers devenus le noyau de calculs?

La plupart des chirurgiens, dit M. Demarquay, préfèrent la taille sus-pubienne; mais il ne donne pas suffisamment les rai-

sons de cette préférence, tandis qu'il la blâme et déclare la méthode mauvaise, à moins de cas spéciaux. Ainsi, selon lui, la taille hypogastrique ne convient pas, parce que la vessie, étant percée par la balle, ne se développe pas assez pour refouler le péritoine et le préserver de l'instrument tranchant, et parce que le réservoir urinaire à l'état de vacuité se soustrait davantage à l'opération. De là des chances de décollement, d'infiltration et de lésions péritonéales.

Mais, comme l'a pressenti notre confrère lui-même, ne peut-on lui objecter que, dans bon nombre de lésions traumatiques de la vessie, des adhérences salutaires tendent à se former par l'inflammation, en préservant le péritoine? Ne serait-il pas possible d'ailleurs de pratiquer l'opération en deux temps, comme M. Vidal (de Cassis) en a établi le principe?

Les faits disent mieux que les raisonnements quels sont les résultats avantageux de cette méthode, surtout dans les cas où la plaie accidentelle de l'hypogastre semble avoir préparé la voie à la plaie artificielle, comme chez le blessé de M. Baudens, en permettant d'agrandir l'ouverture sus-pubienne et d'inciser au-dessus d'elle la peau et le *fascia superficialis*, jusqu'à l'aponévrose profonde.

Ne serait-ce pas encore à la taille hypogastrique qu'il faudrait recourir, si le calcul ou le corps étranger offrait un volume trop considérable, comme le cas s'en est présenté à Souberbielle, lorsqu'il a enlevé par cette méthode un calcul dont le noyau était un biscaïen?

Mais il est vrai de dire que les tailles périnéales ont aussi leurs avantages, et M. Demarquay leur accorde la préférence. Par cette voie, en effet, l'ouverture déclive facilite mieux l'extraction des corps étrangers et l'écoulement de l'urine.

Deux méthodes se rattachent à ce mode opératoire : premièrement, la taille latéralisée, que Larrey a mise en usage avec

succès, en se servant d'un seul bistouri, du cathéter et de la tenette, et que d'autres chirurgiens, tels que S. Cooper, ont adoptée aussi ; secondement, la taille bilatérale, que Dupuytren a conseillée plutôt qu'appliquée dans des conditions analogues.

Ajoutons que la taille recto-vésicale serait assez rationnelle dans les lésions simultanées de la vessie et du rectum, si surtout la plaie de communication ne se trouvait point cicatrisée ou était devenue fistuleuse.

Rappelons enfin que Larrey a jugé la cystotomie nécessaire dans les cas où des caillots insolubles agissent sur la vessie comme des calculs ou des projectiles. Mais cette opinion ne nous semble admissible qu'avec réserve, malgré toute notre déférence pour son auteur.

Inutile de dire que quelle que soit la méthode choisie, il importe d'en garantir le résultat par les soins secondaires à l'opération de la taille en général, d'autant plus que le succès, dans les cas particuliers, dépend en partie du traitement consécutif. Ce que nous avons exposé du traitement des plaies de la vessie sans complication de calculs retrouverait sa place ici.

La cicatrisation de ces blessures est un point nouveau de la question qui n'a pas été traité jusqu'à présent, et que M. Demarquay ne fait qu'énoncer. Hippocrate, comme nous l'avons dit, et la plupart des anciens, pensaient que les plaies de la vessie ne se refermaient point. L'erreur de cette doctrine, démontrée par les résultats de l'opération de la taille, l'a été aussi par un bon nombre des blessures dont nous avons rendu compte.

Comment donc s'effectue cette cicatrisation ? Dès que le cours de l'urine est rétabli par la sonde, la plaie, qui n'est plus humectée par ce liquide irritant, se déterge et tend à se rapprocher, à s'unir vers les bords, en même temps que les parois de

la vessie, n'étant plus distendues, s'affaissent, se resserrent, se mettent en contact, d'autant mieux qu'un certain degré de phlogose facilite cette adhésion.

La cicatrice ainsi formée, qu'elle soit unique ou double, se trouve dans des conditions d'autant plus favorables, que la plaie accidentelle a été moins compliquée. Elle a besoin, pour se consolider, de tous les soins propres à prévenir la distension de la vessie par l'urine, ou les efforts d'excrétion, les chocs extérieurs et le contact des corps étrangers.

Ce sont là, en effet, des chances malheureuses de rupture de la cicatrice; et cet accident, à peine entrevu par les auteurs, nous a paru devoir être signalé. M. Demarquay en consigne un exemple dans son mémoire, chez l'un des deux blessés de juin observés par lui. La double plaie de la vessie était cicatrisée vers la fin de juillet, lorsque, dès les premiers jours du mois d'août, c'est-à-dire six semaines environ après la blessure, la cicatrice antérieure, en se déchirant par le contact de nouvelles esquilles, leur livra passage ainsi qu'à du pus, à l'urine et aux matières fécales.

Ce n'est pas le seul accident secondaire des plaies de la vessie. Le défaut de cicatrisation, la rupture elle-même de la cicatrice, et d'autres causes telles que la présence des corps étrangers, occasionnent des fistules dont le siége varie comme celui de la plaie elle-même; et ces fistules réclament les mêmes moyens de traitement que les fistules urinaires vésicales d'une origine différente de celles-là, depuis la simple introduction de la sonde à demeure, jusqu'à l'application des procédés autoplastiques. Les fistules recto-vésicales nous semblent, toutes choses égales d'ailleurs, persister plus que d'autres; et, de tous les faits que l'on aurait à citer, il n'en est pas de plus probant que l'un des deux rapportés par M. Demarquay, puisque aujourd'hui même, après dix-huit mois, il reste encore un pertuis fistuleux.

A part, enfin, les hernies ordinaires qui peuvent s'ajouter aux plaies de la vessie, cet organe lui-même est susceptible de subir certains déplacements, soit avant, soit après la cicatrisation; et ces déplacements exigent un traitement particulier.

Ruysch, en rapportant un cas de blessure sus-pubienne de la vessie, compliquée d'épanchement sanguin, d'infiltration urineuse et de gangrène du scrotum, annonce la prompte guérison de cette lésion traumatique : « Mais au bout de quelque temps, » dit-il, le malade se plaignit d'une petite douleur autour de la » cicatrice, et il s'y forma une tumeur qui, sans aucun doute, » était une hernie : ce que j'ai vu souvent à la suite de sembla- » bles blessures. » Cette observation résumée par notre confrère n'est pas, selon nous, assez concluante, et l'assertion émise par Ruysch, sur la fréquence de la cystocèle secondaire, ne serait pas plus fondée.

Cependant il paraît que S. Cooper, après la bataille de Waterloo, fut surpris de trouver à l'hôpital Sainte-Elisabeth, à Bruxelles, plusieurs lésions de ce genre : « Je crois, dit-il, que nous » avions dans nos divisions, M. Collier et moi, plus de trois » sujets atteints de hernie de vessie. » Mais il ne dit rien de plus, et nous devons le regretter, eu égard à l'autorité de S. Cooper.

Larrey, enfin, n'a rencontré qu'un seul cas dans lequel la vessie ait offert une hernie consécutive à une lésion traumatique, et encore n'était-ce pas une plaie. Un soldat de l'armée d'Espagne avait reçu un coup de corne de taureau dans la fesse, au niveau de l'échancrure sciatique; la vessie, contuse, dénudée, mais non entamée, forma une hernie qui fut réduite, en même temps que son érosion fut prévenue par une sonde à demeure.

Ces divers accidents secondaires des plaies de la vessie sont susceptibles de déterminer, tantôt l'incontinence, tantôt la ré-

tention d'urine à différents degrés ; mais les observations manquent pour établir quelques données précises à ce sujet.

Quant aux faits acquis à la science, ils ne pourraient suffire, pour constituer une statistique des blessures de la vessie, au double point de vue de leur léthalité à peu près constante selon les anciens, et de leur curabilité assez fréquente, au contraire, suivant les modernes.

Il faut reconnaître néanmoins que les observations éparses dans les auteurs, et pour la plupart reproduites par M. Demarquay, fourniraient encore matière à d'utiles réflexions, s'il n'était temps de terminer notre travail, en nous excusant de lui avoir donné des proportions trop considérables, et de ne pas lui avoir réservé uniquement la forme d'un rapport.

En dernière analyse, et pour en venir à des conclusions simples sur le mémoire que nous avons examiné, nous pensons que l'auteur a le mérite d'avoir traité d'une manière pratique une question importante de chirurgie, en rassemblant avec soin, en exposant avec exactitude la plus grande partie des faits disséminés dans la science, sur les plaies de la vessie par armes à feu.

On pourrait désirer dans cet estimable travail plus de méthode, plus d'étude, une exposition de principes plus complète et un ensemble de conclusions basées sur les observations elles-mêmes ; mais, encore une fois, nous devons apprécier la valeur d'une œuvre qui avait surtout pour but de produire des faits, et qui a produit beaucoup en donnant connaissance de deux cas nouveaux, dont l'intérêt n'est pas contestable.

RAPPORT

SUR UN MÉMOIRE DE M. BOINET,

INTITULÉ

DU TRAITEMENT DE L'ASCITE

PAR LES INJECTIONS IODÉES,

Par M. MOREL-LAVALLÉE.

Les injections iodées dans le traitement des hydropisies abdominales prennent chaque jour de l'importance par les nouveaux faits et les nouveaux travaux qui se produisent. L'emploi de ce moyen dans l'ascite vient d'être l'objet de deux mémoires, qui ont paru simultanément, l'un de M. Boinet, l'autre de M. Leriche. Plus récemment encore, M. Moissenet a pratiqué cette opération pour un kyste ovarique compliqué d'ascite, et si le succès qu'on espère aujourd'hui se confirme, les deux hydropisies pourront être successivement attaquées chez le même malade par le même procédé. L'intérêt de la question soulevée par M. Boinet, nous impose donc le devoir d'examiner, avec quelque soin, la solution qu'il en a donnée. Pour apprécier ici la valeur des injections iodées, il n'est pas inutile de jeter un coup d'œil sur toutes celles, de nature diverse, qui ont été tentées dans le péritoine. Les rapprochements qui naîtront de cette revue préliminaire ne sauraient manquer d'éclairer le sujet d'une vive lumière. Aussi allons-nous commencer par cette tâche, en exprimant le regret de ne pas l'avoir trouvée remplie. Nous ne tiendrons compte que des faits rigoureusement observés; nous passerons sous silence ceux qui sont incomplets ou équivoques, et ceux qu'il nous a été impossible de vérifier à leur source. S'il nous en échappe quelques autres, nous avons la confiance qu'ils

n'apporteraient pas de modification sensible à la solution du problème. Quant à l'historique, un rapport n'a pas à s'en occuper; on le trouvera, d'ailleurs, dans le livre de M. Velpeau. Les opinions purement spéculatives des auteurs pour ou contre les injections péritonéales ne nous arrêteront pas davantage; nous ne rappellerons même pas que M. Velpeau a pressenti l'importance de ce moyen; c'est une question qui ne se juge que par les faits, et nous allons immédiatement aborder les faits.

Ces faits portent sur des injections d'air, de protoxyde d'azote, de vapeur vineuse, d'eau, de décoction de quinquina, d'alcool et d'iode.

Injections d'air.

Malgré les craintes qu'inspire la pénétration de l'air dans les grandes cavités séreuses, on a injecté ce fluide dans le péritoine. Voici dans quel cas :

Un homme de cinquante-deux ans avait, depuis deux ans et demi, une ascite que l'irrégularité et l'intermittence du pouls, et une dyspnée, remontant au début de la maladie, firent attribuer à une affection du cœur. Après l'emploi inutile de toutes les médications imaginables, on recourut à la ponction. Répétée sept fois, elle ne fit que redoubler de plus en plus l'activité de la sécrétion, au point que, vingt-quatre heures après la dernière évacuation du liquide, le ventre était aussi rempli qu'auparavant.

« La huitième fois (je me sers ici des propres expressions de l'auteur), on injecta de l'air atmosphérique qui ne produisit aucun effet. »

On regrette de ne trouver aucun détail sur une opération nouvelle et d'un si grave intérêt. De quelle manière l'air fut-il injecté, en quelle quantité, à quelle température? Comment s'assura-t-on de son introduction dans le péritoine? Combien l'y

a-t-on laissé séjourner? etc. Du reste, ces lacunes ont moins d'importance, au point de vue de l'art proprement dit, que sous le rapport de l'étude des phénomènes que peut occasionner la présence de l'air dans la séreuse abdominale; car il est plus que douteux qu'on puisse jamais faire un agent thérapeutique d'un fluide dont le contact anormal avec nos tissus est souvent la source des plus redoutables accidents.

Quoi qu'il en soit, le laconisme de l'auteur porte à penser que cette injection d'air fut sans inconvénient, comme sans avantage : « elle ne produisit aucun effet, » et ce fut chez le même malade qu'on fit le premier essai d'un autre gaz.

Injections de protoxyde d'azote.

1er *cas.* — M. Roosbroeck avait remarqué sur lui-même que la respiration du gaz oxydule d'azote augmente considérablement la sécrétion de l'urine et celle de la sueur. L'idée lui vint d'utiliser cette double propriété dans le traitement de l'ascite, non pas, comme on pourrait le croire, en faisant respirer ce gaz aux hydropiques, mais en l'injectant dans le péritoine.

Après la neuvième ponction, sur le malade précédent, M. Roosbroeck injecta du protoxyde d'azote; il n'en dit pas nettement la quantité; — probablement plein la vessie qui avait servi à le recueillir. Il se manifesta dans tout l'abdomen une douleur peu intense et de courte durée; les urines et les sueurs devinrent abondantes. L'opération fut faite le 17 septembre 1830, et le 1er mai suivant, plus de sept mois après, le ventre était moins tendu que le lendemain de l'opération; la guérison était définitive.

2e *cas.* — Une femme de cinquante ans, qui avait déjà subi plusieurs ponctions, avait un épanchement « puriforme et paraissant provenir d'une maladie de foie, à cause de la douleur que

la malade avait toujours accusée dans la région de cet organe. » Même injection, d'abord avec le même résultat; mais au bout de trois mois l'ascite s'était reproduite; nouvelle injection, nouveau succès. Ce résultat fut-il durable? A l'époque où l'auteur écrivait, il y avait plus de deux mois que la malade était sortie de l'hôpital, et il n'en avait plus entendu parler.

3e *cas.* — Ascite datant de trois ans, consécutive à une péritonite chronique développée après les couches chez une femme de vingt-neuf ans.

« On guérit d'abord la péritonite chronique par une application de sangsues, écrivait le médecin belge à Broussais; puis, après avoir évacué le ventre, je lui insufflai la même quantité de gaz qu'aux autres; la nuit, elle sua au point que son lit en fut mouillé; ses urines étaient dix fois plus copieuses, et elles continuèrent d'être sécrétées en abondance. » Le résultat paraît avoir été satisfaisant; mais l'omission d'une date ne permet pas de l'apprécier exactement.

Le but de ce médecin n'était pas de déterminer une inflammation adhésive du péritoine, mais de s'opposer au retour de l'épanchement, surtout par l'activité imprimée à la sécrétion de l'urine et de la sueur. (Roosbroeck, Lettre à Broussais, *Annales de la médecine physiologique*, t. XX, p. 157, 1831.)

4e *cas.* — Il appartient à Broussais. Le malade, qui avait eu une pneumonie et plusieurs rechutes de gastro-entérite, était dans un état presque désespéré au moment de l'opération. L'ascite était considérable, les extrémités inférieures étaient tout infiltrées. La peau, sèche depuis plus de deux mois, était semée de taches scorbutiques; il y avait encore un peu de dévoiement; les urines étaient rares et bourbeuses; le pouls était à 35, et la vie paraissait près de s'éteindre.

On injecta un litre de protoxyde d'azote préparé par Sérullas; on l'entendit entrer. La peau, qui était sèche comme du par-

chemin, redevint humide et s'y maintint; les urines redevinrent claires et copieuses, et conservèrent ces caractères quoique à un degré décroissant. Mais les taches scorbutiques s'agrandirent; le pouls se ralentit encore, et le malade succomba huit jours après l'opération.

A l'autopsie, on ne trouva « que fort peu de sérosité dans le péritoine; une atrophie du foie qui ne sécrétait qu'un liquide gélatineux, albumineux. » Il n'y avait pas de traces d'inflammation dans la séreuse. (Broussais, *Annales de la médecine physiologique*, t. XX, p. 154.)

Ces quatre cas, dont les résultats ont été à peu près uniformes, font naître deux ordres de réflexions : le premier point qui frappe l'attention, dans ces injections de protoxyde d'azote, c'est leur innocuité. Aucun accident, aucune réaction; tout se borne à quelques douleurs de ventre, légères et momentanées. Et d'ailleurs, chez le malade unique qui a succombé aux complications, l'autopsie, faite peu de temps après l'opération, n'a-t-elle pas démontré l'absence de toute trace d'inflammation dans la séreuse abdominale? En second lieu, c'est que ce moyen n'est pas seulement sans danger, mais qu'il est encore d'une incontestable efficacité. Sur quatre opérations, il y a eu deux et peut-être trois succès définitifs, et une notable amélioration dans un cas désespéré.

Un dernier avantage de ces injections gazeuses, c'est que leur action sur le péritoine se borne manifestement à une simple modification de vitalité, qui rétablit l'équilibre entre la sécrétion et l'absorption dans cette membrane, et que dès lors la guérison n'est point achetée au prix des inconvénients que peuvent entraîner les adhérences des intestins et de l'épiploon. Ces injections paraissent donc exemptes d'accidents consécutifs, comme d'accidents primitifs. Sans doute, quatre faits, quelque heureux qu'ils soient, ne permettent pas de se prononcer défi-

nitivement sur la valeur d'une opération ; mais au moins était-ce ouvrir assez heureusement une voie nouvelle dans le traitement d'une grave affection, pour que le moyen auquel on devait ces succès reçût un accueil plus favorable. Ce n'est pas cependant qu'il ne se présentât sous des noms recommandables ; et si Roosbroeck et Broussais n'ont pas eu d'imitateurs, cela tenait à l'effroi, effroi exagéré, nous l'espérons, qu'inspirait toute injection dans le péritoine.

Injections de vapeur de vin.

Il y a ici également quatre faits ; les voici dans ce qu'ils ont d'essentiel.

1er *cas.* — Femme de vingt-deux ans ; ascite consécutive à une suppression de règles, et précédée de douleurs dans le bas-ventre, qui durèrent deux mois.

Le 8 mai 1824, la ponction fut faite, et M. Gobert procéda à l'injection de la vapeur vineuse de la manière suivante :

Du vin fut mis dans un poêlon ; « j'ajoutai, dit M. Gobert, sur le poêlon, en manière de chapiteau d'alambic, un entonnoir renversé, et je plaçai sur le feu cet appareil ainsi disposé pour faire monter la vapeur de vin par le tuyau de l'entonnoir.

» Je pris une petite seringue dont on se sert pour faire des injections dans les oreilles, j'en introduisis le bout dans le goulot de l'entonnoir, et j'entourai les deux extrémités d'un petit linge mouillé, afin de les mieux joindre.

» Lorsque le vin fut en ébullition, je tirai le piston de la seringue qui se remplit aussitôt de vapeur, et je condensai celle-ci en refroidissant avec de l'eau le corps de la seringue ; après quoi j'injectai douze fois de suite cette vapeur dans l'abdomen par le canal du trois-quarts. La malade déclara, à la grande surprise des assistants, que cette vapeur lui réchauffait l'estomac et lui faisait beaucoup de bien... »

Il n'y eut ni faiblesse ni douleur; on appliqua un bandage de corps. Le lendemain il y eut une tympanite légère qui se dissipa par l'émission des gaz.

Le 12 juin, on remarqua des fleurs blanches abondantes.

Le 24 juin, six semaines après l'opération, les règles avaient reparu. La malade avait fait une lieue à pied pour faire constater à son médecin sa complète guérison; nous n'ajouterons pas que cette guérison est attestée par un certificat du curé et du maire de l'endroit.

2e *cas.* — M. Gobert pratiqua la même opération chez une jeune fille de dix-huit ans, dont l'ascite était consécutive à une suppression de règles datant de quinze mois, compliquée d'infiltration aux extrémités inférieures. L'injection ne fut non plus suivie d'aucune douleur, et la guérison fut parfaite; seulement dans les grandes inspirations, il y avait à l'épigastre un sentiment de tiraillement qui fit croire que le grand épiploon avait contracté des adhérences avec la paroi abdominale. (L. Gobert, officier de santé à Haine Saint-Paul, province de Hainault. *Annales de la médecine physiologique*, t. VI, p. 487, 1824.)

Ce dernier fait, bien que manquant de détails intéressants, paraît cependant incontestable.

3e *cas.* — Un homme de quarante-neuf ans, d'une bonne santé antérieure, eut, à l'âge de trente-huit ans, une hématémèse de quatre jours, à la suite de laquelle l'ascite commença à se développer. Les purgatifs, conseillés par Alibert, firent disparaître momentanément l'épanchement; il reparut, et une première ponction fut faite; au bout d'un an, une deuxième devint nécessaire. Cette opération avait été répétée six fois, quand M. Lhomme, encouragé par deux succès (1) qu'il avait lus dans

(1) Nous n'en avons pas trouvé d'autres dans ce journal que ceux de M. Gobert, qui fit sa première opération en 1824; ce serait par erreur que les *Archives* feraient remonter celle de M. Lhomme à 1822; erreur d'ailleurs facile à redresser par un rapprochement dans le cours de l'observation.

les *Annales de la médecine physiologique*, se décida à pratiquer des injections de vapeur vineuse.

A part l'ascite, un exomphale énorme et un double varicocèle, la santé était excellente. Sauf que le poêlon et l'entonnoir furent remplacés par une cafetière, et que l'injection fut répétée seize fois au lieu de douze, avec une seringue dont la capacité n'est pas indiquée, l'opération fut faite comme celles de M. Gobert, avec le même système de réfrigération. Au moment même, le malade n'éprouva rien, sinon qu'on lui gonflait le ventre; plus tard il y eut des coliques sourdes qui se prolongèrent pendant deux mois, mais si peu sérieuses qu'elles n'exigèrent aucun traitement. Deux ans s'étaient écoulés depuis l'opération, à l'époque où l'observation fut publiée, et l'ascite n'avait pas reparu; la guérison était donc complète.

4e *cas.* — M. Lhomme a fait, dans une ascite datant de vingt-neuf ans, la même injection sans succès, mais sans accident. Ce fait n'est que mentionné. (Lhomme, de Château-Thierry, mémoire lu à l'Académie de médecine, le 9 janvier 1827. *Archives*, 1re série, t. XIII, p. 282, 1827.)

Le résultat des injections de vapeur vineuse est donc exactement le même que celui des injections de protoxyde d'azote : sur 4 cas, 3 succès, 1 simple insuccès et aucun accident.

Le mécanisme de la guérison a-t-il été le même qu'à la suite des injections gazeuses ? Ici, il n'y a point eu d'autopsie; on ne peut donc, à cet égard, qu'établir des présomptions fondées sur les symptômes observés. Dans un cas, il n'y a eu de douleur ni pendant, ni après les injections, ni aucun tiraillement abdominal, rien qui pût faire supposer la formation d'adhérences dans le péritoine. Deux des autres malades ont éprouvé, l'un des douleurs sourdes dans le ventre, qui ont duré deux mois, et l'autre un tiraillement épigastrique dans les grandes inspirations ; il est probable que, dans ces deux derniers cas, il

s'est produit des adhérences, dont on ne saurait songer à apprécier l'étendue, quand on n'est pas même sûr de leur existence. Le quatrième fait manque de détails. Si l'action de la vapeur vineuse peut, comme celle du gaz oxydule d'azote, se borner à une simple modification de vitalité qui rétablit l'équilibre entre la sécrétion et l'absorption de la sérosité péritonéale, la nature irritante de l'injection ne rend-elle pas vraisemblable, dans la plupart des cas, la formation d'adhérences plus ou moins étendues, plus ou moins durables, analogues, en un mot, à celles dont on admet le développement après l'opération de l'hydrocèle ?

Nous ne nous arrêterons pas davantage à ces injections qui ne resteront pas; il est trop difficile de les doser, d'en régler la température et la force. Cette vapeur de vin, qui n'est au fond que de la vapeur d'alcool, comment la refroidir à un degré convenable pour qu'elle n'arrive pas trop irritante, brûlante sur le péritoine, ou trop faible et mélangée d'air ? En effet, avec un refroidissement trop intense, la vapeur alcoolique se condense en quelques gouttelettes dans la seringue, et le vide qu'y produit sa liquéfaction est rempli par de l'air. Alors cet instrument ne fait plus pénétrer dans la cavité abdominale que de l'air imprégné d'esprit-de-vin, dans une proportion insuffisante et toujours impossible à préciser. Peut-être est-ce là l'explication de l'insuccès de M. Lhomme sur son deuxième malade. Du reste, il serait difficile de se prononcer à cet égard ; car à l'incertitude du procédé de réfrigération en lui-même, s'ajoute encore le vague avec lequel M. Lhomme, comme d'ailleurs M. Gobert, s'exprime sur la manière dont il l'a employé. Ils se contentent de dire que la seringue fut entourée de compresses imbibées d'eau froide, sans nous apprendre si, pendant les douze ou seize injections, ces compresses ont été renouvelées, etc., etc.

Il eût été intéressant de rechercher à l'aide de la percussion

ce que devenait l'injection dans la cavité abdominale, de voir si sa présence était appréciable par ce moyen d'exploration, et comment elle disparaissait ; c'est là une omission que nous signalons entre plusieurs autres sur lesquelles nous reviendrons.

Injections d'eau et décoction de quinquina.

Il n'y a qu'un seul cas, et il est partout cité sous le titre inexact, parce qu'il est incomplet, d'*injection d'eau*. Il appartient à M. Vivielle, chirurgien en chef des hospices civils de la Rochelle.

Il s'agit d'une ascite bien constatée chez un homme robuste de quarante ans, consécutive à un engorgement de la rate et à des fièvres intermittentes. Je reproduis textuellement la partie importante de l'observation :

« Assisté de plusieurs de mes confrères, je pratiquai la paracentèse avec un trois-quarts à hydrocèle ; je vidai ce liquide à moitié, puis j'injectai dans la cavité abdominale 3 litres à peu près d'eau pure, à la température du liquide sorti ; je vidai encore la moitié du liquide, et je répétai cette manœuvre jusqu'à ce qu'il ne sortît plus que de l'eau pure, puis je tirai tout le liquide et je fixai la canule par un bandage de corps qui tenait le ventre légèrement serré. Pendant l'opération, le malade manifesta peu de douleur ; il était sans fièvre, le pouls resta le même. Je prescrivis la diète et l'usage de l'eau rougie. Tous les jours j'injectais par la canule de l'eau (à peu près 3 litres) à une température graduellement plus élevée ; alors le malade éprouvait du malaise, le pouls s'élevait. Le troisième jour, j'ajoutai à 2 litres d'eau la même quantité de décoction de quinquina filtrée. Le malade, au bout de quelques minutes, éprouva de très vives douleurs, ce qui m'obligea à donner

issue immédiatement au liquide. Le pouls s'élevait sensiblement; le soir il y avait de la fièvre. Le lendemain, quatrième jour, pas de fièvre; je m'abstins d'injection; l'eau rougie fut continuée. Le cinquième jour, je répétai l'injection avec moitié eau et moitié décoction de quinquina; les douleurs se manifestèrent aussitôt, je laissai le liquide pendant trois minutes. La fièvre survint, la douleur dans tout l'abdomen augmenta, principalement à l'endroit de la canule. Cet état dura presque toute la journée. Alors je me déterminai à ôter la canule, qui faisait éprouver au malade de vives douleurs; je prescrivis une boisson adoucissante; des fomentations émollientes furent appliquées sur le ventre, et je continuai la diète. Le sixième jour, le malade avait passé une mauvaise nuit; la fièvre durait encore, mais avec moins d'intensité; la piqûre de l'abdomen était très douloureuse et légèrement rouge. Même prescription, et si les accidents inflammatoires n'avaient pas paru céder, je n'aurais pas hésité à pratiquer une saignée. Les accidents diminuèrent tous les jours; je suivis exactement la marche de la maladie. Au bout de huit jours, aucun signe de collection nouvelle dans la cavité de l'abdomen ne se manifesta, le régime fut gradué et augmenté suivant les forces, et trois semaines après le malade sortit de l'hôpital parfaitement guéri. Depuis ce temps, j'ai eu occasion de le voir souvent, il est toujours très bien. » (J.-L.-A. Vivielle, chirurgien en chef des hospices civils de la Rochelle; *Thèses*, Paris, 1834, n° 103, p. 12.)

Il y a, dans ce fait, plusieurs points à noter : d'abord l'évacuation primitivement incomplète de l'épanchement et la proportion croissante de l'eau que les injections répétées mélangeaient avec la portion de liquide laissée dans le ventre, puis la canule fixée à demeure, enfin les injections multipliées d'eau à une température progressivement élevée et les injections de décoction de quinquina. Le contact permanent de l'extrémité de la

canule sur le péritoine, le nombre des injections, les propriétés irritantes de celles de décoction de quinquina, montrent ce que peut supporter cette membrane, dans l'ascite. On peut même se demander, et les douleurs qui se sont manifestées autorisent cette crainte, si l'irritation du péritoine n'a pas été portée au delà du degré suffisant, trop près de la limite où elle aurait commencé à être dangereuse. Si le moyen trouve sa justification dans le succès, nous le croyons trop complexe et par cela même trop incertain pour être usité.

Injection alcoolique.

Un seul cas, qui est de M. Jobert, de Lamballe. Tous les auteurs qui en ont parlé en indiquent deux, qu'ils rapportent au même chirurgien. L'erreur vient sans doute de ce que le fait est reproduit dans deux numéros du même journal.

Le sujet était une femme ; des hommes d'une grande autorité ont pensé qu'il s'agissait plutôt d'un kyste de l'ovaire que d'une ascite. Il est vrai que l'observation laisse de l'incertitude à cet égard. On a bien noté que la percussion donnait un son mat partout excepté à la partie supérieure ; mais on n'a pas assez insisté sur ce point, et il n'est pas dit qu'on ait varié l'attitude de la malade pour constater si la zone sonore se déplaçait ou restait toujours la plus élevée. En outre, il y avait un engourdissement des membres inférieurs, qui semble mieux s'expliquer par la pression circonscrite d'un kyste sur les plexus nerveux que par la pression uniforme d'un épanchement. D'un autre côté, s'il manque quelques éléments importants au diagnostic, vous trouverez sans doute une garantie suffisante dans l'habileté du chirurgien qui l'a porté.

« La paracentèse est pratiquée par M. Jobert de la manière suivante : sur le côté gauche de l'abdomen, et au lieu d'élection

ordinaire, une ponction faite dans la cavité péritonéale, donne issue d'abord à 8 onces de sérosité, et avant qu'il ne s'en écoule davantage, on pousse à travers la masse de liquide, 10 onces du mélange suivant : eau tiède, 8 onces ; alcool, 1 once et demie.

» Tout d'un coup, pendant que la colonne du liquide injecté traversait la cavité du péritoine, la malade accusa une douleur très vive accompagnée de chaleur dans le point tout à fait opposé à celui qui avait donné passage à l'instrument. Après la ponction, l'ouverture de la canule étant exactement fermée pour que rien ne pût s'échapper, on attendit environ un quart d'heure, en imprimant de légères secousses à l'abdomen, afin qu'il y eût mélange intime et action de l'alcool sur la surface interne du péritoine, et puis l'on fit évacuer le liquide dont le volume pouvait être de 12 litres ; il était jaune citrin, fortement chargé d'odeur alcoolique. L'ouverture faite par le trois-quarts est fermée par plusieurs rondelles de diachylon et par un bandage de corps appliqué autour de l'abdomen. » (*Gazette des hôpitaux*, 1833, p. 278.)

Le soir, il y eut une fièvre très prononcée, des coliques extrêmement fortes, mais sans vomissement, sans tension de l'abdomen, sans douleur à la pression, sans grippement de la face. On remarqua une agitation générale, de la loquacité, une exaltation des fonctions intellectuelles, — symptômes attribués par le rédacteur du journal à une ivresse résultant de l'action de l'alcool injecté, mais qui duraient encore le lendemain, et qui nous paraissent tout simplement un effet de la fièvre.

Quoi qu'il en soit, le mouvement fébrile et les douleurs se sont dissipés, et un mois après rien n'annonçait la reproduction du liquide ; la guérison semblait assurée.

Ascite ou kyste ovarique, ce fait est très intéressant ; mais on notera que c'est celui où l'injection péritonéale a été

suivie des symptômes les plus sérieux, le seul où ils aient pris un caractère inquiétant; la prudence ne conseillerait donc pas de recourir au moyen qui a été mis en usage.

Quant à l'idée, déjà appliquée par M. Vivielle, de faire l'injection au milieu d'une partie plus ou moins considérable de l'épanchement laissée dans le ventre, il n'est peut-être pas sans intérêt d'en examiner la convenance. Le but est évidemment, en répartissant le principe irritant dans une plus grande masse de véhicule, de le mettre plus sûrement en contact avec tous les points de la séreuse abdominale. On y parvient sans doute ainsi; mais d'un côté, une injection ordinaire, poussée dans le péritoine, après l'évacuation complète du liquide, se répand facilement sur toute la surface humide de cette membrane, surtout à l'aide de quelques pressions et de changements d'attitude. Il arrive alors ce qu'on voit dans l'ascite commençante, le liquide gagne rapidement les points les plus déclives; d'un autre côté, est-il nécessaire que le principe irritant touche la séreuse dans toute son étendue, pour que cette membrane en reçoive la modification salutaire qu'on se propose? Est-ce que, si l'inflammation se circonscrit quelquefois autour d'un épanchement qui se fait lentement, est-ce que dans les épanchements rapides, elle ne se propage pas, pour ainsi dire instantanément, loin du stimulus qui en est le point de départ? D'ailleurs, les faits ont déjà répondu ici, puisque les injections ordinaires, après évacuation complète, ont souvent réussi.

Ce procédé, qui nous paraît sans avantages réels, n'est pas exempt d'inconvénients. D'abord, si le liquide de l'injection était de nature à coaguler l'albumine, il précipiterait de la masse de l'épanchement un dépôt assez considérable de cette matière pour faire redouter des accidents. Il est vrai qu'on peut éviter ce danger en se servant d'un liquide qui n'ait pas la propriété que nous venons d'indiquer; mais on pourrait ainsi se borner

dans son choix d'une manière préjudiciable au malade, en excluant le liquide qui serait préférable sous les autres rapports. Ensuite ce procédé offre un autre inconvénient, auquel il est impossible d'échapper, c'est de placer le chirurgien dans la condition insolite et périlleuse d'employer une injection dont il ne connaît pas la force. En effet, comment calculer, à un simple examen du ventre, la quantité de l'épanchement auquel va se mêler le liquide irritant? Et qui pourrait dire ici la portée d'une erreur qui s'élèvera souvent à plusieurs litres? Personne ne voudra se condamner, d'ailleurs, sans compensation, à agir ainsi en aveugle.

Injections iodées.

Comme la plupart des faits ont été réunis par M. Boinet, nous n'allons en présenter qu'une analyse très succincte. Ces faits sont au nombre de 8.

1er *cas*. — Un homme de quarante-deux ans, devenu cachectique à la suite d'une diarrhée chronique qui durait depuis plus de deux ans, vit sa diarrhée se supprimer après un refroidissement. Bientôt le ventre se développa. Du 29 octobre 1840, époque à laquelle l'ascite commença à devenir manifeste, au 15 janvier suivant, où la ponction fut faite, c'est-à-dire en six semaines, il s'accumula 20 litres de liquide dans le péritoine. J'insiste sur cette rapidité de la sécrétion séreuse, parce qu'elle exclut l'idée d'un kyste, et ne peut appartenir qu'à l'ascite, parce qu'elle confirme pleinement, selon moi, un diagnostic qui a été contesté. Le liquide était transparent; en dix-huit jours il s'en reproduisit 18 litres qui furent évacués ; puis 18 nouveaux litres en moins d'un mois. Après la troisième ponction, M. Dieulafoy fit, en présence de M. Viguerie, une injection avec :

Teinture d'iode . . . . . 32 grammes.
Iodure de potassium. . . . 4 grammes.
Eau. . . . . 150 grammes, plus une quantité indéterminée qui fut ajoutée au moment de l'opération.

Des pressions furent faites sur l'abdomen avec les mains, pour étendre l'injection. Elle ne donna lieu d'abord qu'à une sensation de chaleur agréable. « Après qu'on eut quelque temps laissé séjourner l'injection, le malade, auparavant couché à plat, fut remis sur le côté; il sortit par la canule environ la moitié du liquide injecté. »

Il y eut le soir un peu de réaction fébrile et de douleur dans l'abdomen; frictions mercurielles, cataplasmes. Dès le lendemain ces symptômes ont diminué, et ils se sont bientôt entièrement dissipés; mais la moitié seulement de la cavité péritonéale avait été oblitérée. La moitié supérieure droite devint de nouveau le siége d'une accumulation de sérosité. Quarante jours après la première injection, une ponction fut faite, qui donna issue à 8 ou 10 litres de liquide. La même injection fut répétée et suivie des mêmes symptômes. Quarante jours après, tumeur globuleuse contenant environ 3 litres de liquide; troisième injection, qui se comporta comme les deux autres. Huit jours après, il y avait anasarque, mais plus rien dans le ventre. Les purgatifs triomphèrent de l'infiltration générale. La convalescence fut longue; la guérison a été complète, il n'est resté qu'un sentiment de tiraillement dans le ventre, qui se manifeste quand le sujet se relève de la position horizontale. (Dieulafoy, Académie de médecine, 27 janvier 1846, dans le *Bulletin de l'Académie*, t. II, p. 423.)

2e *cas.* — M. Dieulafoy se borne à indiquer (*ibid.*) un deuxième cas, où il aurait également réussi.

3e *cas.* — Une petite fille de six mois, très chétive, est affectée d'une ascite idiopathique, que toutes les médications

internes et huit ponctions pratiquées en un an n'empêchèrent pas de mettre la vie de l'enfant à deux doigts de sa perte. La mort était imminente quand, le 9 juillet 1846, M. Griffon, après une neuvième ponction, injecta le mélange suivant :

Eau.	150 grammes.
Iodure de potassium. . . .	2 grammes.
Teinture d'iode	25 grammes.

Le liquide fut introduit en plusieurs fois, en malaxant le ventre.

Les trois premiers jours, l'enfant parut souffrir plus que d'habitude ; le ventre était chaud et tendu, le sommeil moins calme. Cette légère réaction fut bientôt dissipée, et quatre mois après l'opération la guérison paraissait définitive.

4e *cas.* — Ce fait et les deux suivants appartiennent à M. Leriche, de Lyon, chez une femme de cinquante ans affectée d'une ascite symptomatique d'une cirrhose du foie. M. Leriche fit successivement, à quinze jours d'intervalle, deux injections iodées, dont il ne donne pas la formule ; le liquide se reproduisit après la deuxième comme après la première, mais il y eut chaque fois à peine quelques coliques, et si la malade ne retira aucun bénéfice de l'opération, elle n'en éprouva non plus aucun accident. Bien que ce fait ne soit rapporté qu'en quelques mots, le diagnostic ne paraît pas laisser d'incertitude.

5e *cas.* — M. Leriche pratiqua sa seconde opération sur une jeune fille de dix-sept ans dont l'ascite n'est pas suffisamment caractérisée dans l'observation. Cette observation offre même, ainsi que la suivante, deux signes contradictoires : d'une part, la sonorité dans la région sus-ombilicale et la matité dans la région sous-ombilicale, ce qui appartient à l'ascite ; et d'autre part, le non-déplacement de la matité dans les changements de position du sujet, ce qui est propre à l'hydropisie enkystée, et ce que l'auteur rapporte, par mégarde, à l'ascite. Mais si l'ex-

position des éléments du diagnostic laisse à désirer, le diagnostic lui-même paraît, à l'ensemble des symptômes, à peu près incontestable.

Après la première ponction, qui donna issue à 11 litres d'un liquide transparent, jaune verdâtre, une injection fut faite avec :

Eau.	250 grammes.
Teinture d'iode	32 grammes.
Iodure de potassium. . . .	4 grammes.

Pas de douleur; pressions sur l'abdomen pour étendre le liquide. La nuit, il y eut des coliques assez vives, point de sommeil, et le pouls était à 80 pulsations. Ces légers symptômes se sont bientôt dissipés, et la guérison a été complète; aujourd'hui la jeune fille est fraîche et bien portante.

6e *cas.* — Femme de trente-huit ans; mêmes observations sur le diagnostic que pour le fait précédent; même injection, même résultat : pas d'accidents et guérison complète. (Leriche, *Union médicale*, nos 18 et 19, 1850.)

Il faut noter que M. Leriche a fait d'emblée, dans ces trois cas, l'injection iodée, après la première ponction; c'est une innovation qui nous paraît hâter le succès sans le compromettre.

7e *cas.* — Ce fait, dont le diagnostic offre bien aussi quelques doutes, est d'un médecin belge, M. Rul-Ogez. Il s'agit d'un jeune enfant de sept ans, qui, après une maladie abdominale accompagnée de fièvre, mais mal caractérisée, vit son ventre augmenter insensiblement de volume. Après l'emploi inutile des médications internes, une première ponction fut faite qui donna issue à un seau de liquide. En huit jours la sérosité s'était reproduite en aussi grande abondance; quand le malade se présenta plus tard à M. Rul-Ogez, à l'hôpital des Enfants, le ventre était si énormément distendu qu'il couvrait le haut des cuisses; l'intensité de l'orthopnée et une diarrhée

sanguinolente mettaient la vie en danger. L'inflammation intestinale ayant été heureusement combattue, une ponction fut pratiquée, et il s'écoula 10 litres de sérosité citrine; les organes abdominaux parurent sains à l'examen qui en fut fait après l'évacuation du ventre. Injection composée de 3 onces d'eau tiède et de 3 gros de teinture d'iode. Frictions douces pour faire circuler le mélange dans la cavité péritonéale. « *Au bout de quelques minutes,* » on essaya de faire ressortir l'injection, mais la plus grande partie resta dans le ventre. Presque pas de douleur pendant l'opération; mais le jour même et le lendemain, fièvre, petitesse et concentration du pouls, quelques vomissements bilieux, grande sensibilité et distension tympanique du ventre. Cette péritonite resta contenue dans des limites modérées et céda en cinq jours à la diète et aux boissons délayantes. Quatre mois après l'opération, la guérison était complète.

On remarquera ici l'évacuation d'une minime partie de l'injection et l'intensité exceptionnelle presque inquiétante des accidents.

8e *cas.* — Un jeune garçon de treize ans avait, à la suite de fièvres intermittentes, endémiques dans son pays, une ascite avec engorgement du foie et de la rate. Les moyens internes les mieux entendus avaient tous échoué contre cette hydropisie. En dix mois, dix-huit ponctions avaient été faites, et il s'écoulait chaque fois par la canule 10 à 12 litres d'un liquide transparent de couleur citrine. Une asphyxie imminente obligeait à renouveler aussi fréquemment cette opération palliative. Dans la crainte d'une issue fatale et prochaine, si l'on ne faisait pas appel à une ressource décisive, M. Vollant pratiqua, après la dix-neuvième ponction, une injection iodée : 30 grammes de teinture d'iode pour 120 grammes d'eau. Au bout de cinq minutes, on essaya de faire ressortir l'injection, mais les trois quarts restèrent dans

le péritoine. Il y eut à peine de la douleur au moment de l'opération, et il ne s'en manifesta pas plus tard, ni aucun accident. Le malade allait très bien quand, un mois après l'injection, il fut pris, à la suite d'écarts de régime, d'une diarrhée colliquative qui l'entraîna au tombeau. Il n'y avait aucun signe du retour du liquide. L'autopsie n'a pu être faite. (Communiqué à M. Boinet par M. Vollant.)

En résumé, nous avons passé en revue 16 cas d'injection dans le péritoine ; nous allons les récapituler brièvement sous leurs principaux rapports pour en faire ressortir la signification.

Quoique le diagnostic n'ait pas été porté avec la précision à laquelle l'ont élevé les travaux de MM. Rostan et Piorry, il paraît cependant incontestable dans la plupart des cas ; nous en avons d'ailleurs signalé, chemin faisant, les éléments et les lacunes. L'ascite a été de nature très diverse : liée à la suppression de règles, à la suppression de la transpiration, à un engorgement de la rate et du foie, à la suite de fièvres intermittentes, à la cirrhose, à une affection du cœur, à une péritonite, qui parfois était purulente, etc., sans que l'origine de l'hydropisie ait exercé d'influence sensible sur les résultats du traitement.

Quant à l'injection, on a employé :

1 fois l'air, qui n'a produit aucun effet.

4 fois le protoxyde d'azote : 3 guérisons, 1 amélioration.

4 fois la vapeur vineuse : 3 guérisons, 1 insuccès.

1 fois de l'eau de la décoction de quinquina : 1 guérison.

1 fois de l'alcool étendu : 1 guérison.

8 fois des préparations d'iode : 6 guérisons, 2 insuccès.

En tout, 18 opérations (je ne compte pas l'air), 15 guérisons, 1 amélioration, 2 insuccès, sans aucun accident imputable aux injections.

Les injections de gaz et de vapeur ont été laissées en entier dans le péritoine ; celles d'iode y sont restées par moitié et

même aux trois quarts, par l'impossibilité de la faire ressortir. Le temps qu'on se proposait de les laisser séjourner dans le ventre a été de quelques minutes, mais il n'est pas toujours indiqué. Une seule injection iodée a toujours réussi, excepté dans un cas où trois sont devenues nécessaires, et dans un autre ou deux ont échoué. L'injection qui a produit la guérison avec le moins de réaction, et conséquemment avec le moins de danger, est celle de M. Griffon, qui était composée de :

Eau.	150 grammes.
Iodure de potassium. . . .	2 grammes.
Teinture d'iode	25 grammes.

Sur les 6 guérisons on a noté trois fois des symptômes d'adhérence dans l'abdomen. Nous nous appesantissons davantage sur les injections iodées, parce qu'il est probable que ce seront elles qui resteront dans la pratique, malgré le résultat si séduisant des injections de protoxyde d'azote.

Il y a une question qui domine toutes les autres et qui n'a été jusqu'ici touchée que par Broussais, c'est celle des indications, de celles surtout qui se rattachent à la nature de l'ascite. Encore Broussais se borne-t-il aux quelques mots qui suivent. C'était à l'occasion des injections de vapeur vineuse :

« On conçoit à merveille, dit-il, que la vapeur de vin puisse produire un bon effet dans le cas où l'accumulation séreuse n'est que l'effet sympathique de la souffrance du canal digestif ou de ses annexes, ou produite par le dérangement de la transpiration; mais il paraît impossible qu'elle puisse agir avec autant d'avantage, lorsque le péritoine, même sans être fort douloureux, est épaissi, dénaturé, couvert de fausses membranes et autres produits concrets de l'inflammation, ou bien lorsqu'il est injecté de capillaires sanguins très développés et disposés à des hémorrhagies abondantes. Nous ne conseillerons jamais aux médecins de se servir de ce moyen pour les cas où de pareilles

altérations organiques peuvent être soupçonnées. » (Broussais, *Annales de la médecine physiologique*, t. VI, p. 486.)

L'illustre médecin va ici trop peu au fond des choses pour que les règles importantes qu'il trace puissent servir de guide. D'ailleurs il est très difficile, sinon impossible, de fixer *à priori*, sur de simples vues spéculatives, les espèces d'ascites qui repousseraient les injections ; il n'y a qu'une expérience clinique, conduite dans les limites de la prudence, qui puisse résoudre de telles questions. Nous avons vu, au reste, que des cas déjà très variés ont donné le même succès.

Voilà une partie des points dans l'examen desquels nous aurions voulu que M. Boinet fût entré, et qui ne pouvaient être que signalés dans un rapport ; mais, en somme, la conclusion à laquelle il est arrivé nous paraît justifiée par les faits qui lui servent de base et par ceux que nous en avons rapprochés. Les injections iodées dans le péritoine, qu'il a contribué à mettre à l'ordre du jour, nous semblent mériter toute l'attention des chirurgiens.

Quant à la composition du travail, on pourrait désirer un cadre plus large, plus de développements, une discussion plus approfondie des divers éléments du sujet ; mais l'auteur, se proposant de revenir plus tard sur les injections iodées avec de nouveaux faits, s'est borné à rapporter ceux que possédait la science, et à en tirer des déductions favorables à cette opération.

Telle est l'appréciation à laquelle nous sommes arrivés sur le mémoire de M. Boinet, et que nous avons essayé de vous mettre à même de sanctionner en connaissance de cause.

MÉMOIRE

SUR

DEUX VARIÉTÉS NOUVELLES DE HERNIES,

LA HERNIE INGUINALE INTRA-ILIAQUE ET LA HERNIE INGUINALE ANTÉVÉSICALE,

Par le docteur J. PARISE,

Ex-professeur d'anatomie et de physiologie à l'hôpital militaire d'instruction de Lille, ancien interne des hôpitaux civils de Paris, etc.

L'histoire des hernies a fait d'immenses progrès depuis que la chirurgie a pris pour base l'anatomie chirurgicale et l'anatomie pathologique. Toutes les questions qui s'y rattachent, le mode de formation du sac, le trajet qu'il parcourt, les rapports de son collet, le mécanisme et le siége précis des étranglements, etc., ont été l'objet de travaux nombreux et de controverses animées qui ont jeté une vive lumière sur ce point de chirurgie. Mais telle est l'importance et la fécondité du sujet, que chaque jour vient y ajouter quelque fait ou quelque aperçu nouveau.

Il n'y a guère qu'un siècle et demi que toutes les hernies de l'aine étaient confondues sous une dénomination commune; aujourd'hui nous n'en connaissons pas moins de six espèces. Le but que je me propose dans ce travail est d'attirer l'attention de la Société de chirurgie sur deux variétés non décrites de ces hernies. La connaissance de ces variétés n'offre pas seulement un intérêt de curiosité anatomique, les faits que je vais rapporter en montreront l'importance pratique.

Dans son *Mémoire sur une nouvelle espèce de hernie inguinale* (*Annales de la chirurgie française et étrangère*, t. I, p. 275), M. Velpeau a formulé une classification nouvelle des hernies de l'aine. D'après cette classification, les hernies *normales*,

c'est-à-dire celles dont la formation est favorisée par certaines dispositions anatomiques constantes de cette région, sont au nombre de six, trois inguinales et trois crurales, distinguées les unes et les autres en *externe*, *moyenne* et *interne*. L'artère épigastrique et l'artère ombilicale, en remontant vers l'ombilic, soulèvent le péritoine pariétal et déterminent la formation de six dépressions ou fossettes plus ou moins marquées, trois au-dessus de l'arcade crurale, *fossettes inguinales*, et trois au-dessous, *fossettes crurales*. Chacune de ces dépressions peut être le point de départ, l'origine d'une hernie dont les rapports, le trajet et surtout les indications thérapeutiques seront différents. Aussi le caractère tiré du point d'origine est-il celui qui détermine l'*espèce*. Dans les hernies inguinales, pour ne parler que de celles-ci, les viscères s'engagent dans l'une des trois dépressions qui répondent aux orifices ou au trajet du canal inguinal : la fossette qui est *en dehors* de l'artère épigastrique donne naissance à la hernie inguinale *externe* (ou oblique externe); celle qui est placée entre l'artère épigastrique et l'artère ombilicale, est l'origine de la hernie inguinale *moyenne* (*interne d'Hesselbach, ou directe*); celle qui est située entre l'artère ombilicale et le bord externe du muscle droit est le point de départ de la hernie inguinale *interne* (ou *oblique interne*) décrite par M. Velpeau.

Le point de départ d'une hernie, ou, ce qui revient au même, la position de son collet détermine donc l'*espèce* de la hernie; la situation, les rapports de son corps, la direction et l'étendue du trajet qu'elle parcourt, et diverses autres circonstances servent à établir les *variétés*. Par exemple, la hernie inguinale externe est dite *intra-inguinale* quand elle est encore renfermée dans le canal inguinal; *intra-pariétale*, quand elle remonte entre les muscles abdominaux; *bubonocèle*, quand elle apparaît au dehors; *scrotale*, quand elle descend dans les bourses, etc.

Sous ce point de vue, les deux hernies que je vais faire connaître sont des *variétés*, l'une de la hernie inguinale *externe*, l'autre de la hernie inguinale *moyenne*, puisque le point de départ de la première est la fossette inguinale externe, et celui de la seconde la fossette inguinale moyenne. J'appelle la première *inguinale externe intra-iliaque*, parce qu'au lieu de s'engager dans le canal inguinal ou de remonter dans les interstices musculaires de la paroi abdominale, elle parcourt un trajet rétrograde et se porte dans la fosse iliaque interne. J'appelle la seconde *inguinale moyenne antévésicale*, parce qu'elle vient se placer au-devant de la vessie.

§ Ier. — *Hernie inguinale externe intra-iliaque.*

Voici d'abord une observation qui peut servir de type à cette variété de hernie.

PREMIÈRE OBSERVATION.

Hernie inguinale externe intra-iliaque du côté droit; étranglement par le collet du sac. Opération. — Mort.

Un charretier âgé de trente-quatre ans, de taille élevée, bien constitué, bien musclé et un peu replet, est admis à l'hôpital Necker au mois de février 1839, dans un service de médecine. Cet homme, dont l'intelligence est fort obtuse, ne peut donner que peu de renseignements sur sa maladie : il se plaint de douleurs abdominales, depuis trois jours, de vomissements bilieux et de constipation; le ventre est modérément tendu et peu sensible à la pression. Du reste, il n'a fait aucun traitement; il n'a jamais porté de bandage; il ne sait même pas qu'il a une tumeur dans l'aine. M. Sappey, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, alors interne du service, ayant examiné l'abdomen, trouve, au côté droit, une tumeur ovalaire du volume d'un gros œuf, un peu aplatie et occupant la partie supérieure des bourses. Quelques pressions méthodiques sur cette tumeur la font rentrer sans difficulté, mais lentement et sans gargouillement. Un lavement hui-

leux provoque une évacuation assez abondante de matières fécales. Fomentations émollientes sur l'abdomen.

A la visite du lendemain, les accidents de l'étranglement ont continué et se sont aggravés; vomissements de matières bilieuses ayant l'odeur des matières stercorales; tension plus forte du ventre et sensibilité plus prononcée. La tumeur a reparu; elle a à peu près le même volume que la veille. M. Bricheteau, dans le service duquel se trouve le malade, prie M. A. Bérard de l'examiner. (J'assistai à l'examen que fit mon savant maître dont j'étais l'interne, et depuis je suivis ce malade avec mon ami Sappey.) Voici ce qui fut constaté :

La tumeur de l'aine offre les caractères déjà indiqués; elle occupe le côté droit du scrotum; elle est ovalaire, aplatie, molle, fluctuante, peu douloureuse à la pression. Le testicule manque de ce côté; le gauche occupe sa position normale. Quelques pressions font disparaître la tumeur, comme la veille, lentement et sans gargouillement. L'anneau ne paraît pas dilaté. Si l'on cesse la compression, la tumeur reparaît un peu moins volumineuse peut-être. Elle est plus tendue quand le malade tousse. Du reste, l'abdomen est tendu, surtout vers la région ombilicale et la fosse iliaque droite; la sensibilité à la pression est plus prononcée dans les mêmes points. Les diverses régions de l'abdomen, explorées avec le plus grand soin, ne présentent aucun indice de hernie. Il est d'ailleurs impossible d'obtenir du malade de plus amples renseignements sur ses antécédents.

La tendance à la reproduction de la tumeur extérieure, la persistance des accidents, malgré cette réduction apparente, l'absence du testicule dans les bourses, font considérer comme très probable qu'il y a un étranglement d'une petite anse d'intestin par l'anneau abdominal; d'autre part, la sensibilité du ventre faisant craindre la généralisation de la péritonite, l'opération est décidée et pratiquée le même jour, après la visite, par le professeur A. Bérard.

Opération. — Une incision un peu oblique en bas et en dedans, dans le sens du grand diamètre de la tumeur et la dépassant en haut, conduit sur le sac distendu par un liquide et très facile à reconnaître. Une petite ponction faite avec les précautions ordinaires en fait écouler un liquide séro-albumineux, floconneux, semblable à celui que l'on trouve dans la péritonite aiguë et en quantité plus grande qu'on ne l'eût supposé, d'après le volume de la tumeur. L'incision est agrandie en haut et en bas, de manière à mettre à nu toute la surface du sac, mais on n'y trouve aucun organe hernié. Craignant d'avoir rencontré une des ces poches séreuses que les chirurgiens ont parfois prises pour le sac, l'opérateur explore attentivement les rapports de cette

cavité; il reconnaît qu'elle se continue dans l'anneau inguinal externe, au delà duquel le doigt distingue une tumeur arrondie et rénitente. Il nous fait remarquer l'étroitesse de cet anneau, qui peut à peine admettre l'extrémité du petit doigt. Ayant introduit une sonde cannelée par cette ouverture, il incise la paroi antérieure du canal inguinal dans l'étendue de 2 à 3 centimètres. La tumeur rénitente que nous avions sentie dans le trajet de ce canal se trouve à nu; elle est formée par le testicule parfaitement reconnaissable, ayant son volume ordinaire, lisse, un peu rosé, mais nullement enflammé ni étranglé. Cet organe est écarté doucement et porté en divers sens, afin de s'assurer qu'il ne cache pas quelque portion intestinale étranglée par l'anneau abdominal. Le petit doigt, porté par delà le testicule, ne reconnaît aucun étranglement. Non content de ces explorations, l'habile chirurgien prend une sonde de femme et la fait pénétrer de toute sa longueur, et avec la plus grande facilité, dans l'abdomen. De tout cela il conclut que l'anneau abdominal est libre; que l'étranglement qui consistait, sans doute, en un pincement de l'intestin engagé avec le testicule dans le canal inguinal, aura disparu, soit par les manœuvres qui ont précédé l'opération, soit plutôt à la suite des déplacements imprimés au testicule, et finalement qu'il n'y a plus de raison de rechercher un étranglement qui n'existe plus.

(Pansement simple soutenu par un spica modérément serré; fomentations émollientes sur le ventre; lavement huileux.)

Un peu d'amélioration dans l'état du malade suit l'opération; le lavement entraîne quelques matières stercorales; les vomissements ne se reproduisent pas de toute la journée, et le malade se trouve mieux. Cependant l'abdomen reste tout aussi tendu; il y a des nausées et des renvois fréquents; d'autres lavements restent sans effet; le pouls est toujours assez fréquent.

Le lendemain, à la visite du matin, la plaie résultant de l'opération est en bon état; elle a donné lieu à un suintement séro-sanguinolent abondant. Du reste, les symptômes sont toujours à peu près les mêmes: nausées fréquentes, éructations gazeuses d'un goût désagréable, mais point de vomissements. Le malade, fort peu sensible à la douleur, n'accuse pas de douleurs vives dans l'abdomen; chaleur modérée de la peau, pouls fréquent; le facies n'a pas l'aspect qu'il offre ordinairement dans les cas de péritonite générale à la suite des étranglements. On espère que l'interruption du cours des matières, ainsi qu'on l'observe quelquefois après la réduction des hernies, est plutôt le résultat d'un rétrécissement inflammatoire des points qui ont été comprimés, ou bien d'une sorte de paralysie des portions distendues, que de la persistance d'un véritable étranglement. L'indication étant de prévenir la généralisation imminente de la péritonite et de favoriser l'action de l'intestin,

on prescrit : *Saignée de 500 grammes; 30 sangsues disséminées sur le ventre; fomentations émollientes; un bain tiède dans la soirée; renouveler les lavements laxatifs; limonade tartrique prise froide et en petite quantité.*

Dans la journée, malgré ces moyens, les accidents s'aggravent ; le hoquet et les vomissements reviennent ; les lavements n'amènent plus d'évacuations ; le bain ne peut être supporté. La nuit est mauvaise.

Le jour suivant, troisième de l'opération, tous les accidents de l'étranglement existent. La plaie est l'objet d'un nouvel examen qui n'apprend rien. M. A. Bérard annonce un étranglement interne ; et comme la péritonite générale est déjà en voie de développement, il considère le cas comme au-dessus des ressources de l'art. Cependant les mêmes moyens que la veille sont employés, mais sans grand espoir. Effectivement le ventre devient tendu, sensible à la moindre pression, etc.

Mort le lendemain, quatrième jour de l'opération, huitième à partir du début des accidents d'étranglement.

Autopsie. — (Elle fut faite par M. Sappey et par moi, en présence de M. Bricheteau, du professeur A. Bérard et de plusieurs élèves.) Voici ce qu'elle nous apprit :

La plaie de l'aine n'offre rien à noter; elle intéresse les parties déjà indiquées dans la relation de l'opération. L'abdomen, fortement tendu, présente une coloration verdâtre plus marquée du côté droit. On l'ouvre par une incision cruciale; l'intestin grêle s'en échappe avec force. Péritonite générale récente; un demi-litre environ de liquide séro-sanguinolent, floconneux, non stercoral, est amassé dans la cavité pelvienne. Pseudo-membranes récentes, à peine adhérentes à l'intestin, placées dans les intervalles des circonvolutions. L'épiploon est libre. L'estomac contient des gaz. L'intestin grêle renferme en outre quelques matières sanguinolentes et bilieuses, analogues à celles des vomissements; sa coloration est d'autant plus prononcée qu'on l'examine à une distance plus grande de l'estomac. Tout le gros intestin, ainsi qu'une courte portion attenante de l'iléon, est revenu sur lui-même et décoloré.

En renversant à gauche la masse des circonvolutions distendues de l'iléon, on voit cet intestin s'engager dans une ouverture qui se maintient solidement, et qui répond au côté externe de l'artère épigastrique. La fosse iliaque du même côté est occupée par une tumeur rénitente qui soulève le péritoine et le cœcum. Pour découvrir la portion étranglée, l'incision résultant de l'opération est prolongée en dedans de la crête iliaque. On voit alors une anse intestinale, appartenant à la partie inférieure de l'iléon, longue d'un pied environ, d'une couleur brunâtre, presque gangrenée dans certains points, distendue, mais à un moindre degré que la portion supérieure à l'étrangle-

ment, et logée dans un sac herniaire dont voici les rapports : Son corps est ovalaire, aplati; sa face inférieure repose sur le *fascia iliaca*; sa face supérieure et en même temps interne est couverte par le péritoine de la fosse iliaque et par le cœcum, lequel descend plus bas que de coutume; son fond remonte jusqu'à la symphyse sacro-iliaque. Ce sac adhère aux parties adjacentes par un tissu cellulaire injecté, épaissi, un peu infiltré dans le voisinage du collet, mais dense et difficile à déchirer dans les autres points. Son collet a la forme d'un anneau à peu près circulaire, capable d'admettre l'indicateur, et embrassant étroitement le pédicule de l'anse étranglée, sans lui adhérer. Ce collet est assez mince (4 à 5 millimètres environ), mais il est très résistant et comme fibreux; son plan regarde presque directement en dedans; son côté inférieur est peu éloigné de l'artère épigastrique et du canal déférent, qui est plus en arrière; son côté supérieur se continue avec le péritoine de la fosse iliaque, l'antérieur avec celui de la paroi abdominale, le postérieur répond aux vaisseaux iliaques externes. Près de son collet, le sac envoie un prolongement séreux dans le canal inguinal. Ce prolongement, qui n'est autre que la tunique vaginale, s'évase dans le canal pour loger le testicule, sort par l'anneau du grand oblique et descend dans le scrotum où il se dilate de nouveau pour former la tumeur hydrocèle observée pendant la vie. Le testicule est sain et de même volume que le gauche, lequel est descendu dans le scrotum; il adhère par son bord supérieur au côté postérieur et inférieur du canal inguinal; il est libre par les autres points de sa surface. L'anneau constricteur ayant été incisé pour voir l'étranglement, la dissection n'a pas été poussée plus loin.

Les autres organes de la poitrine et de l'abdomen ne nous ont rien offert de particulier.

Cette observation est intéressante sous plusieurs rapports.

Et d'abord c'est bien d'une *hernie proprement dite* qu'il s'agit, et non d'une de ces *réductions en masse* bien connues des chirurgiens. On a vu, dans le cas d'étranglement par le collet, le sac refoulé avec l'intestin, soit pendant le taxis, soit même pendant certaines opérations incomplètes, glisser entre le péritoine et les parois abdominales, et l'étranglement persister après cette réduction apparente. On pourrait supposer, à première vue, que nous avons eu affaire à un cas analogue. Mais, en y regardant de plus près, on voit qu'il est impossible d'adopter cette opinion.

En effet, dans le cas de réduction en masse, l'intestin refoulé formait au dehors une tumeur aussi volumineuse que celle qu'il forme après son refoulement; ici rien de semblable. Puis il n'y a eu aucune tentative sérieuse de réduction : avant son arrivée à l'hôpital, le malade ne savait pas qu'il eût une hernie; quelques pressions, il est vrai, furent faites sur la tumeur extérieure la veille et le jour de l'opération; ces pressions, qui la firent rentrer sans difficulté, furent si peu énergiques qu'elles ne pourraient expliquer le refoulement du sac; et d'ailleurs la tumeur s'était reproduite avec les mêmes caractères. Mais cette tumeur n'avait jamais contenu l'intestin : l'anneau du grand oblique était trop étroit pour lui avoir donné passage, d'autant plus que le testicule, remplissant le canal, faisait l'office d'un bouchon par rapport à cet anneau. On ne peut admettre non plus que l'anse volumineuse, longue d'un pied, formant la hernie intra-iliaque, ait pu se loger dans le canal inguinal, derrière le testicule. Le sac herniaire intra-iliaque n'était pas un sac extérieur refoulé, puisque son prolongement à travers le canal inguinal se développait largement dans le scrotum, après comme avant l'opération. Ce n'était pas un *bissac* produit de bas en haut par suite d'une *réduction incomplète* du sac, comme M. Cruveilhier en a observé quelques cas, puisqu'il n'y avait pas eu d'efforts deréduction, puisque l'intestin, n'ayant jamais franchi l'anneau, n'avait pu être refoulé. Ce n'était pas enfin un *sac récent* formé par le déplacement du péritoine pariétal, puisque son collet était résistant, fibreux et évidemment de formation ancienne. Du reste, l'opinion que je combats fut repoussée par A. Bérard et par toutes les personnes présentes à l'autopsie.

Comment expliquer la formation de cette hernie? L'absence de renseignements sur les antécédents du malade ne permet pas d'en préciser toutes les circonstances; mais de l'examen anatomique on peut induire que, le testicule n'ayant pas ac-

compli sa migration ordinaire et ayant été retenu dans le canal inguinal, sans doute par l'étroitesse de l'ouverture externe de ce canal, la tunique vaginale est restée en communication avec la cavité péritonéale, ainsi qu'on le voit dans les cas semblables; qu'à une époque indéterminée l'intestin s'est engagé dans l'ouverture de communication, en poussant devant lui le testicule; que, celui-ci obstruant le canal et fermant son orifice externe à la manière d'une soupape, l'intestin a suivi un trajet rétrograde et s'est logé dans la fosse iliaque interne en décollant le péritoine qui la tapisse. Pourquoi l'intestin s'est-il porté dans cette direction plutôt que de s'engager entre les plans musculaires de l'abdomen et de constituer là une hernie *intra-pariétale?* Il serait difficile de répondre à cette question. Peut-être qu'une dissection minutieuse du fascia transversalis et de son prolongement inguinal eût jeté quelque jour sur ce point; mais cette dissection ne put être faite; les rapports du fascia transversalis avec le collet du sac ne furent pas recherchés. Comme il n'est pas admissible que ce fascia ait pu se distendre assez pour envelopper tout le sac, il faut admettre : ou bien qu'il est resté simplement accolé au muscle transverse; ou bien que la hernie, s'étant engagée d'abord à travers l'anneau fibreux qu'il forme, anneau fibreux qui constitue l'orifice supérieur du canal inguinal, a commencé à se développer entre ce fascia et le muscle transverse, puis qu'elle l'a éraillé dans sa moitié externe près de son attache à l'arcade crurale.

Le prolongement séreux descendu dans le scrotum n'était autre chose que la tunique vaginale elle-même, entraînée hors de l'anneau et dilatée par le liquide qui s'y était accumulé sous l'influence de l'inflammation du sac herniaire. C'était une hydrocèle aiguë, ou mieux une *hernie aqueuse*, selon l'expression de M. Cruveilhier.

On voit donc que cette hernie intra-iliaque est une variété

de la hernie inguinale *congénitale*, puisque l'intestin s'est primitivement engagé dans la tunique vaginale.

L'étranglement était produit par le collet du sac rétréci et devenu fibreux. Peut-être qu'une portion plus considérable d'intestin, sortie à l'occasion de quelque effort, en aura provoqué la manifestation. On peut ajouter que la réflexion à angle aigu de l'anse herniée dans le collet du sac a dû contribuer à gêner le cours des matières dans le canal intestinal. Toujours est-il que ce canal était solidement étranglé par le collet du sac et qu'il n'aurait pu être réduit sans débridement.

La constriction du collet du sac explique parfaitement la production de l'hydrocèle extérieure, sa réductibilité et sa réapparition. L'étranglement provoque l'inflammation du sac, et celle-ci, comme toute inflammation de séreuse, la sécrétion d'un liquide séro-albumineux, floconneux, sanguinolent, etc. C'est ce qui est arrivé dans le cas qui nous occupe. Le liquide, trouvant plus de facilité à se porter vers les bourses, a poussé devant lui le cul-de-sac de la tunique vaginale et formé la tumeur extérieure. Si cette tumeur disparaissait par la compression exercée sur elle, si elle se reproduisait quand on cessait de la comprimer, c'est que son contenu liquide refluait non dans la cavité du péritoine, mais dans le sac herniaire intra-iliaque qu'il distendait. La même cause nous explique encore ce suintement abondant remarqué après l'opération : il était le résultat de la sécrétion qui avait lieu dans le sac sous l'influence de la péritonite herniaire toujours persistante, puisque l'étranglement n'avait pas été atteint, sécrétion qui, ne pouvant refluer dans le péritoine, était versée au dehors par la plaie. Peut-être cette circonstance eût-elle dû faire présumer l'existence d'un sac herniaire intérieur? Mais un pareil suintement ne pouvait-il tout aussi bien venir de la grande cavité péritonéale elle-même?

Au point de vue du diagnostic, ce fait présente un haut in-

térêt. Le professeur A. Bérard n'était pas seulement un opérateur habile ; ceux qui, comme moi, ont été assez heureux pour suivre de près la pratique de ce grand maître, savent quelle attention il apportait dans l'examen d'un malade, quel parti il savait tirer de circonstances insignifiantes pour d'autres, quelles ressources sa vaste mémoire, embrassant presque tous les faits particuliers qui se trouvent dans la science, lui offrait dans les cas difficiles et au milieu même d'une opération. Cependant il ne put éviter ici une méprise. Mais aussi quelles difficultés ! Il semble que tout ait été réuni pour rendre l'erreur inévitable. D'abord le malade est trop peu intelligent pour fournir des renseignements de quelque valeur ; les accidents de l'étranglement existant, on les attribue à la tumeur de l'aine, tumeur réductible, il est vrai, mais se reproduisant bientôt ; on l'incise, point d'étranglement ; soupçonnant qu'il existe à l'anneau interne ou au collet du sac, en arrière du testicule, le canal est incisé largement, et le doigt, porté dans la plaie, pénètre dans une cavité spacieuse qui est prise pour la cavité abdominale. Et le chirurgien se confirme dans cette idée en introduisant dans cette cavité une sonde de femme qui y pénètre de toute sa longueur ; il croit alors que l'étranglement a disparu, que l'intestin, simplement pincé, s'est réduit soit avant, soit pendant l'opération. Il abandonne le malade, et pendant tout un jour une amélioration apparente le maintient dans cette funeste croyance. Enfin, lorsque les accidents de l'étranglement apparaissent de nouveau dans toute leur acuité, rien n'autorise à les attribuer à une hernie plutôt qu'à un étranglement interne, et d'ailleurs la péritonite est généralisée et la mort inévitable.

On peut se demander pourquoi, après l'incision du canal inguinal, l'intestin hernié ne s'est pas précipité au dehors, pourquoi le doigt introduit à travers la plaie n'a pas reconnu le pédicule de l'anse étranglée ? La réponse à la première question

se trouve sans doute dans la rétroflexion brusque de l'anse étranglée et peut-être dans sa torsion (ce qui n'a pas été noté). On pourrait répondre à la seconde, en disant que, le collet ayant été un peu déjeté en dedans et éloigné de l'anneau par suite de la distension du sac, le doigt aura trouvé un certain espace libre, espace pris pour la cavité péritonéale elle-même.

Si l'on ajoute à toutes ces circonstances si propres à induire en erreur, qu'il s'agissait ici d'un cas non seulement *rare*, mais *nouveau*, qui par conséquent ne pouvait être soupçonné d'avance, on conviendra que ce fait doit être rangé au nombre de ces cas extraordinaires qui égarent quelquefois les plus grands praticiens.

Si la disposition des parties eût pu être soupçonnée, nul doute que l'étranglement eût pu être levé. En prolongeant l'incision de la paroi abdominale de 2 à 3 centimètres vers la crête iliaque, l'anse étranglée se fût engagée dans l'incision; on eût pu l'amener au dehors, reconnaître son pédicule, débrider directement *en haut* sur le collet du sac, et réduire l'intestin avec les précautions ordinaires.

Je n'ai trouvé dans les auteurs aucune observation de hernie *intra-iliaque primitive* semblable à celle-ci. Mais il y a quelques faits qui peuvent en être rapprochés avec fruit.

Dans ses recherches sur l'évolution du sac herniaire (*Ann. de la chirurg. franç. et étrang.*, t. V, p. 354), M. Demeaux rapporte le fait suivant, lequel a été communiqué à la Société anatomique par M. Bourdon, et qui me paraît avoir une analogie très grande, sinon une identité parfaite, avec celui qui précède.

DEUXIÈME OBSERVATION.

Dans une hernie inguinale gauche, en partie réductible et présentant néanmoins tous les signes de l'étranglement, le chirurgien crut devoir pratiquer l'opération. Après avoir ouvert largement la portion du sac qui était dans le scrotum, et dans laquelle se trouvait une portion d'épiploon qui ne paraissait pas étranglée, la réduction de ce dernier fut opérée sans difficulté et sans aucun débridement. Le doigt, étant porté à travers l'anneau, pénétra dans une poche qu'on crut être la cavité abdominale; le chirurgien croyait avoir opéré une hernie non étranglée; mais les accidents persistèrent, et le malade ne tarda pas à succomber. On trouva à l'autopsie que la poche qu'on avait prise pour la cavité abdominale n'était que la portion du sac herniaire très largement dilatée, comprise entre les deux anneaux inguinaux. Une anse d'intestin étranglée par le collet à l'anneau iliaque n'avait pas été aperçue et avait déterminé la mort.

M. Demeaux donne ce fait comme un exemple de dilatation considérable du *canal inguinal entre ses deux ouvertures*. S'il en était ainsi, c'était une hernie *interstitielle* ou *intra-pariétale*, et je ne comprends pas facilement l'erreur dans laquelle est tombé le chirurgien. Je la concevrais bien mieux s'il s'agissait d'une hernie *intra-abdominale* dont le sac se serait développé sous le péritoine pariétal qui couvre le bord inférieur du muscle transverse et la partie voisine de la fosse iliaque interne. Telle était peut-être la disposition des parties. N'était la précision d'*anatomiste* de laquelle M. Demeaux ne s'écarte jamais dans son remarquable travail, je l'admettrais volontiers. Car comme l'étranglement était produit par le *collet* du sac, il se pourrait que dans la *relation très succincte* que je viens de rapporter, l'*anneau iliaque* n'eût pas été distingué du *collet* du sac, distinction sans importance en elle-même et qui n'en acquiert qu'au point de vue où je me suis placé. Du reste, et quelle que soit l'interprétation anatomique que l'on en donne, ce fait ressemble beaucoup au précédent : les mêmes circonstances se sont pré-

sentées pendant l'opération ; les mêmes réflexions lui sont applicables ; les mêmes déductions chirurgicales en ressortent.

Certains cas de *réduction incomplète* du sac présentent aussi beaucoup d'analogie avec la hernie intra-iliaque *primitive*. Tel est celui que M. Cruveilhier rapporte dans son *Traité d'anatomie pathologique générale* (t. I, p. 654). Ce fait, intéressant par lui-même, me paraît très propre à suppléer à ce qui manque à ma première observation, sous le rapport des symptômes. Le voici :

TROISIÈME OBSERVATION.

Brun (Laurent), quarante ans, portait depuis dix ans une hernie inguinale du côté gauche : elle s'étrangle; le malade entre à l'hôpital le seizième jour de l'étranglement, avec des symptômes très modérés. La tumeur était volumineuse, résistante, douloureuse, et s'étendait jusqu'au bas du scrotum; l'abdomen n'était ni tendu, ni douloureux; on croit reconnaître une entéro-épiplocèle. On fait des tentatives de réduction qui paraissent faire rentrer une partie de la tumeur; on insiste, et bientôt on réduit tout, excepté une petite portion ovoïde qu'on prend pour l'épiploon, et qui finit elle-même par rentrer après de nouvelles tentatives. Cette réduction offrit cela de particulier qu'on voyait la paroi de l'abdomen voisine de l'anneau se soulever ou s'affaisser, suivant que les parties rentraient ou sortaient. La réduction paraissait complète; on applique le spica de l'aine à défaut de brayer. Le malade se dit soulagé. La nuit les douleurs se réveillent, ainsi que les vomissements, qui sont très abondants; les lavements entraînent, sans soulagement, une assez grande quantité de matières fécales. Le troisième jour de la réduction, la face s'altère, les douleurs sont portées au plus haut degré, et le malade succombe dans la nuit. *A l'ouverture du corps*, on trouve dans la bourse gauche un petit sac herniaire évidemment en disproportion avec le volume qu'avait la hernie avant sa réduction apparente. Le doigt, introduit dans ce sac ouvert, pénètre, à travers l'anneau inguinal très large, dans un second sac beaucoup plus volumineux, situé derrière l'anneau et l'arcade crurale, au-dessus de la branche horizontale du pubis, et à la partie antérieure et interne de la fosse iliaque. Ce second sac communiquait avec la cavité péritonéale par un orifice étroit qui étranglait l'intestin. Ainsi le sac herniaire était divisé en deux parties : l'une, plus petite, située hors de l'abdomen; l'autre, plus considérable, située derrière

l'anneau et séparée de la première par un rétrécissement circulaire qui répondait à cet anneau. Le tissu cellulaire qui unissait le sac aux parties voisines était ecchymosé et très lâche. Attirait-on en bas le sac extérieur, on entraînait le sac intérieur avec tout ce qu'il contenait, et son orifice rétréci répondait alors à l'anneau fibreux; refoulait-on, au contraire, le sac dans l'intérieur de l'abdomen, le collet s'éloignait d'un pouce et demi de l'anneau, et la portion de sac réduite soulevait alors le péritoine qui revêt la fosse iliaque interne. Si l'on remplissait tout le sac d'anses intestinales, et si l'on repoussait dans le sac intérieur la portion d'intestin contenue dans le sac extérieur, on voyait se soulever la paroi antérieure de l'abdomen. La circonstance du soulèvement des parois de l'abdomen par la réduction de la hernie devait faire reconnaître et le refoulement du sac herniaire, et l'étranglement par le collet du sac.

Ce cas nous présente tous les caractères de la réduction en masse avec refoulement incomplet du sac; ici la hernie intra-iliaque n'est que la hernie scrotale refoulée; quand l'une se produit, l'autre disparaît, et cela non seulement pour les viscères, mais pour le sac qui les contient. Le soulèvement de la paroi abdominale, signalé par M. Cruveilhier, a dû se montrer aussi à un certain degré dans l'observation que j'ai rapportée : mais le développement du ventre, déjà considérable lorsque le malade fut observé pour la première fois, s'opposa à ce qu'il fût remarqué. Ce signe, d'ailleurs, a dû être beaucoup moins prononcé que dans le cas de M. Cruveilhier : le sac intra-iliaque, développé depuis longtemps, s'était étalé sur toute l'étendue de la fosse iliaque, et la tumeur, remontant jusque vers la colonne vertébrale, cachée par le cœcum et par la masse des intestins grêles distendus, était difficile à circonscrire; tandis que, dans le cas de refoulement, la hernie forme une tumeur globuleuse, limitée au voisinage de l'anneau interne. Dans ce cas aussi le collet qui produit l'étranglement, refoulé avec le sac, peut s'éloigner beaucoup (jusqu'à un pouce et demi) de l'anneau interne. Dans la hernie intra-iliaque primitive, à en juger par la première observation, le collet ne s'éloigne pas

autant de l'anneau fibreux, il change seulement de direction; son côté externe devient supérieur et son plan parallèle au plan médian; il exécute ainsi une demi-conversion en pivotant sur son côté interne; son côté externe seul remonte et s'éloigne de l'anneau. Mais on conçoit facilement que, au lieu de se borner à ce changement de direction, le collet du sac intra-iliaque puisse se déplacer en totalité et remonter plus ou moins dans la fosse iliaque. Les viscères, en s'engageant dans le sac, tendent à le dilater dans tous les sens : arrêtés en bas, ils repoussent son fond dans la fosse iliaque, et font effort pour porter son collet *en dedans* d'abord, puis *en haut ;* de sorte qu'il se pourrait qu'un collet primitivement formé dans la fossette inguinale externe vînt se placer à une certaine distance au-dessus de ce point et semblât formé aux dépens du péritoine de la fosse iliaque. Ce serait là un mode particulier de déplacement du collet bien distinct et inverse de celui qu'on observe ordinairement.

La hernie intra-iliaque chez le sujet de mon observation a été favorisée par l'arrêt du testicule dans le canal inguinal; mais cette condition ne me paraît pas indispensable à son développement. Il suffit qu'un obstacle quelconque du côté du canal s'oppose à l'épanouissement de la hernie au dehors, pour que, sous l'influence de nouveaux efforts, une expansion du sac se dirige vers la fosse iliaque. Je ne doute pas que de semblables faits n'aient été observés déjà, bien qu'ils n'aient pas été décrits et que les auteurs les aient confondus avec les cas de réduction *incomplète* du sac. Que dans une hernie inguinale ordinaire un prolongement intra-iliaque se produise, ce prolongement ne pourra guère être reconnu ; que dans ces circonstances un étranglement par le collet du sac survienne, on pratique le taxis et l'on fait rentrer la portion *inguinale* de la hernie. Mais au lieu de la réduire on ne fait que la refouler dans le sac

intra-iliaque préexistant et dont on n'a pas soupçonné la présence. L'opération, l'autopsie même, ne peuvent éclairer le chirurgien sur la véritable nature et sur la filiation des lésions qu'il rencontre. On trouve bien un sac *en bissac* dont une portion descend dans les bourses et l'autre se déploie sous le péritoine pariétal ; mais on considère cette dernière comme le résultat du refoulement des viscères par les efforts du taxis. On m'objectera que tout ceci n'est appuyé que sur des inductions théoriques : j'en conviens volontiers ; mais si j'étais assez heureux pour fixer sur ce sujet l'attention des chirurgiens, je me plais à croire que les faits ne tarderaient pas à venir confirmer les prévisions de la théorie.

Un fait cité en quelques mots par M. Cruveilhier, dans l'ouvrage si remarquable auquel j'ai déjà emprunté l'observation précédente, me semble venir à l'appui des idées que je viens d'exposer.

QUATRIÈME OBSERVATION.

J'ai rencontré l'année dernière, dit le savant anatomo-pathologiste (*loc. cit.*, p. 655), sur le corps d'un individu mort avec un épanchement séreux péritonéal, un sac herniaire inguinal en bissac bien remarquable. Ce sac herniaire était rempli de sérosité ; la hernie viscérale était devenue une hernie aqueuse ; la sérosité de l'ascite s'était substituée aux viscères, ainsi qu'on l'observe constamment dans ce cas, à moins que des adhérences ne s'y opposent. Des deux sacs du bissac, l'un, externe, occupait la place ordinaire de la hernie inguinale ; l'autre, interne, avait été refoulé dans l'abdomen et communiquait avec le sac externe par un orifice très étroit.

Rien ne prouve que ce sac intra-abdominal soit le résultat d'un refoulement du sac externe. Il est tout aussi facile de comprendre qu'il se soit formé sous l'influence de la propulsion des viscères qui auront trouvé plus de facilité à se porter dans ce sens que vers l'extérieur. Et d'ailleurs, fût-il le résultat d'un

refoulement incomplet à la suite de taxis répétés, comme le pense M. Cruveilhier, ce sac n'en aurait pas moins une existence indépendante. Le fait que je viens de citer en fournit la preuve irrécusable, puisqu'il nous montre les deux sacs persistant, alors que la hernie s'était spontanément réduite, et depuis longtemps sans doute.

Histoire de la hernie inguinale intra-iliaque. — Ce ne peut être qu'une ébauche fort incomplète, en raison de la pénurie des faits; aussi, après les développements dans lesquels je viens d'entrer, me bornerai-je à quelques propositions.

La hernie intra-iliaque est une variété de la hernie inguinale externe. Elle peut être *primitive* ou *consécutive* au refoulement incomplet d'une hernie inguinale ordinaire. Son sac se déploie dans la fosse iliaque interne, entre le péritoine qui couvre cette fosse et le fascia iliaca; il peut remonter jusqu'à la symphyse sacro-iliaque. Son collet, situé originairement dans la fossette inguinale externe, tend à se déplacer *en haut et en dedans*, de manière que son côté externe devienne supérieur, son côté interne inférieur. Celui-ci reste voisin de l'artère épigastrique (dont il doit tendre à s'éloigner par son mouvement ascensionnel). Son sac fournit un prolongement inguinal contenant, soit le testicule, soit de la sérosité, soit quelque viscère : c'est donc *un sac en bissac*, selon l'expression de M. Cruveilhier. Toute cause capable d'arrêter le développement vers l'extérieur d'une hernie inguinale externe, comme la présence du testicule dans le canal, peut favoriser la formation de la hernie intra-iliaque. Les symptômes en sont fort obscurs : une tumeur molle, profonde, dans la fosse iliaque interne, tumeur qui serait parfois le siége de douleurs, de coliques semblables à celles que l'on observe dans les hernies externes; l'absence du testicule dans le scrotum du même côté, pourront la faire soupçonner. Si elle s'étrangle, et ce sera par le collet du sac, la tumeur intra-

iliaque sera plus saillante, plus rénitente, douloureuse à la pression ; elle sera le point de départ ou l'aboutissant des coliques, des douleurs intestinales accusées par le malade. L'examen attentif de l'anneau inguinal externe montrera une tumeur ayant les rapports de la hernie inguinale ordinaire, tumeur formée par le prolongement inguinal du sac, tumeur réductible sans gargouillement et reparaissant quand on cesse la compression.

Si l'on avait pratiqué l'opération dans les circonstances que je viens d'indiquer, et si l'on ne trouvait pas d'étranglement, il faudrait porter le doigt au delà de l'anneau interne et s'assurer que la cavité dans laquelle il aurait pénétré est bien la cavité de l'abdomen et non celle d'un sac intra-iliaque. C'est vers le côté interne que le doigt sera arrêté par la paroi interne du sac, et c'est là qu'il trouvera le pédicule de l'anse étranglée.

Que si le chirurgien reconnaissait l'existence d'une pareille hernie, il devrait prolonger l'incision du canal inguinal au delà de son orifice interne, du côté de la crête iliaque, attirer à lui l'intestin hernié, amener le collet du sac, en tirant sur le prolongement extérieur, débrider directement *en haut*, et s'assurer que la réduction est complète et réelle.

§ II. — *Hernie inguinale antévésicale.*

Cette variété de hernie paraît aussi rare que celle que je viens de décrire. Je n'en connais que deux exemples : dans l'un, que j'ai recueilli moi-même, la hernie était aussi simple que possible ; dans l'autre, elle était réunie à une hernie inguinale et étranglée. Voici ces deux observations.

CINQUIÈME OBSERVATION.

Hernie inguinale moyenne antévésicale du côté droit.

Un garde municipal qui s'était tué d'un coup de fusil fut apporté au Val-de-Grâce (juin 1845). C'était un sujet vigoureux, de haute taille, âgé d'environ trente ans, et ayant un embonpoint assez marqué. L'abdomen ayant été incisé en croix, je remarquai que l'épiploon, tendu vers le côté droit, s'engageait dans une ouverture herniaire, au niveau du canal inguinal. Cette ouverture, véritable collet d'un sac herniaire, était placée dans la fossette inguinale moyenne, entre l'artère épigastrique en dehors et l'artère ombilicale en dedans. Ce collet était résistant, non froncé, capable d'admettre le doigt médius et rempli par l'épiploon non adhérent. Le plan de ce collet regardait *en dehors* et un peu *en haut*, de telle sorte que son côté interne appuyé sur le cordon de l'artère ombilicale et lui adhérant était rejeté en arrière. Le sac, au lieu de s'engager dans le canal inguinal, se portait transversalement en dedans, au devant de la vessie, derrière l'attache inférieure des muscles droits; son fond dépassait le bord externe du muscle droit du côté gauche et répondait au niveau de l'anneau inguinal externe gauche. L'épiploon seul formait cette hernie; il était sain : tassé au niveau du collet, il présentait deux renflements dans le sac, l'un à droite, l'autre à gauche de la vessie. Malgré ces renflements, il put être retiré sans débridement. Aucune apparence de hernie, ni à droite, ni à gauche. Rien à noter dans l'abdomen.

Cette épiplocèle n'aurait probablement donné lieu à aucun trouble fonctionnel de quelque importance. Mais si une anse d'intestin fût venue s'y étrangler, quels eussent été les signes d'un semblable étranglement?

SIXIÈME OBSERVATION.

Hernie inguinale antévésicale droite étranglée, avec hernie inguinale du même côté. Herniotomie. — Mort le onzième jour. (Observation lue à la Société de médecine le 7 messidor an IX (1801), et publiée dans le *Recueil périodique* de cette société, t. XI, p. 291, sous ce titre : *Observation sur un étranglement intérieur d'une portion d'intestin*, par le citoyen HERNU.)

Dans le courant de prairial an V, on amena au grand hospice d'Humanité de Paris, un homme d'environ quarante ans, portant au côté droit, depuis sa

jeunesse, une hernie inguinale, laquelle, abandonnée à elle-même pendant longtemps et descendant jusqu'au milieu du scrotum, n'était soutenue par un bandage que depuis quelques années. Il y avait sept jours que cette hernie était sortie pendant un effort violent que le malade avait fait pour soulever un fardeau. La tumeur s'étendait alors jusqu'au fond du scrotum; elle était molle et se réduisait en partie par le taxis; une petite portion seulement restait opiniâtrément au dehors. Le malade vomissait fréquemment, avait un hoquet presque continuel, le pouls petit, concentré, le bas-ventre tendu, douloureux et laissant apercevoir les intestins qui se dessinaient à travers les parois.

La difficulté qu'il y avait à concilier ces accidents avec la mollesse et la réductibilité presque totale de la tumeur parut cacher une complication extraordinaire que l'opération seule pouvait faire espérer de découvrir; mais on fut bien étonné de ne trouver dans le sac herniaire dur et épais, qu'une masse d'épiploon saine et tellement libre dans l'anneau, que, malgré sa présence, on pouvait encore y introduire le doigt. On retrancha environ les trois quarts de cette membrane; on réduisit le reste sans difficulté et sans qu'il fût nécessaire de débrider l'anneau. Mais à peine l'épiploon était-il réduit qu'il fut repoussé au dehors; ce qui obligea de placer une pelote vis-à-vis de l'anneau, pour le maintenir dans l'état de réduction.

Jusque-là aucune cause évidente d'accidents ne s'était manifestée, et l'on ne pouvait les attribuer qu'aux tiraillements que l'épiploon sorti exerçait sur le côlon et l'estomac.

De ce moment, le malade fut soulagé et rendit par les selles, pendant le reste de la journée et la nuit suivante, une grande quantité de matières d'abord dures, puis liquides et bilieuses. Ce bien-être ne fut pas de longue durée; car le lendemain les hoquets et les vomissements reparurent, ainsi que les autres accidents, qui se renouvelèrent avec plus d'intensité qu'avant l'opération. A la levée de l'appareil, on trouva encore une portion d'épiploon sortie et assez tuméfiée pour faire craindre les effets de la constriction de l'anneau sur elle; c'est pourquoi on débrida celui-ci et l'on réduisit l'épiploon. Le doigt, alors introduit de toute sa longueur dans l'abdomen et dirigé en haut et sur les côtés, ne put faire découvrir ce qui entretenait les accidents; tous les moyens employés pour rappeler les évacuations devinrent infructueux, et le malade mourut le quatrième jour après l'opération, le onzième depuis l'apparition des premiers accidents.

A l'ouverture du cadavre, on trouva les intestins boursouflés, rougeâtres et adhérents entre eux; ils étaient d'ailleurs couverts d'une matière caséiforme répandue entre leurs circonvolutions, et baignés dans une sérosité pu-

rulente, semblable à celle que l'on trouve en plus ou moins grande abondance dans l'abdomen des femmes mortes à la suite de la fièvre puerpérale.

Outre le sac herniaire que nous avons dit avoir été ouvert dans l'opération, et ne contenir qu'une masse d'épiploon, il y avait derrière l'anneau inguinal du même côté, entre le pubis et la vessie, un autre sac formé par un repli du péritoine dans lequel était renfermée une anse d'intestin rouge-brun, légèrement adhérente à ce sac, et couverte de plusieurs taches gangréneuses. Ces deux sacs réunis représentaient assez une besace, qui, appliquée par le milieu sur la branche horizontale du pubis, descendait d'un côté par l'anneau jusqu'au fond du scrotum et formait le sac externe dans lequel était contenu l'épiploon, et de l'autre descendait entre le pubis et la vessie, et contenait l'anse d'intestin. Le bord libre de ce dernier sac se trouvait presque au niveau de l'anneau inguinal; il était dur, arrondi, comme ligamenteux, et l'anse d'intestin, pour entrer dans cette poche, était obligée de se réfléchir sur son bord et de former un angle presque aigu avec le reste de l'intestin.

L'observation de hernie intra-iliaque, que j'ai rapportée dans la première partie de ce travail, a beaucoup de rapports avec celle-ci; et les réflexions dont je l'ai fait suivre lui seraient la plupart applicables. Dans les deux cas il y a hernie *en bissac*, hernie extérieure réductible, hernie intérieure étranglée; dans les deux cas, mêmes difficultés de diagnostic avant, pendant et après l'opération; mêmes recherches, même insuccès. Ce fait, bien que sa relation laisse beaucoup à désirer sous le rapport anatomique, n'en présente pas moins une grande importance.

Il est regrettable que l'auteur de l'observation n'ait pas porté son attention sur les rapports du collet du sac herniaire avec les artères épigastrique et ombilicale. Y avait-il deux sacs distincts, c'est-à-dire deux hernies, ou bien un *sac en bissac*, c'est-à-dire deux sacs communiquant avec le péritoine par une ouverture commune? Cette dernière disposition est beaucoup plus probable; elle est d'ailleurs assez explicitement indiquée dans l'observation. Mais, ceci admis, quels étaient les rapports des collets de chaque portion du bissac? La portion inguinale était-elle externe ou interne à l'artère épigastrique? Si elle était *externe*,

deux cas pouvaient se présenter pour la portion antévésicale : ou bien son collet était en *dehors* des artères épigastrique et ombilicale, toutes deux placées sur le côté interne et postérieur de ce collet ; ou bien il était entre ces deux artères, l'épigastrique en *dehors*, l'ombilicale en *dedans*. Dans ce cas, l'épigastrique se fût trouvée précisément au point de jonction des deux collets du bissac. Il est dit que la hernie descendait jusqu'au milieu d'abord, puis jusqu'au fond du scrotum ; mais elle datait de la jeunesse, et l'on sait que les hernies inguinales moyennes (internes d'Hesselbach), quand elles sont anciennes et volumineuses, descendent aussi bien que les hernies obliques jusqu'au fond des bourses. Ce caractère ne prouve donc pas qu'elle fût externe. Il est vraisemblable, au contraire, qu'elle était interne à l'artère épigastrique et que le collet de la portion antévésicale, comme dans le fait que j'ai observé (cinquième observation), était adossé par son bord *interne et postérieur* au cordon de l'artère ombilicale.

Quoi qu'il en soit, l'état du collet du sac de la hernie antévésicale prouve qu'elle était de formation ancienne, et non le produit de la réduction partielle de la portion inguinale, ainsi que l'auteur incline à le penser. On peut admettre sans difficulté, que la hernie a commencé primitivement par la fossette inguinale moyenne, et que de ce point elle a suivi une double direction : d'une part, vers l'anneau inguinal externe et le scrotum ; d'autre part, vers la face postérieure du pubis, en s'engageant entre l'artère ombilicale et le muscle droit.

Le mécanisme de l'étranglement est assez difficile à préciser. L'auteur fait jouer un grand rôle à l'épiploon, lequel, tombé dans le scrotum, aurait comprimé l'anse d'intestin engagée dans le sac antévésical. Il explique ainsi comment, après sa réduction, le cours des matières s'est momentanément rétabli ; comment les accidents se sont renouvelés lors de la sortie nouvelle

de cet organe. Mais on ne comprend pas dans cette hypothèse pourquoi l'épiploon, non adhérent au collet du sac, reséqué et repoussé dans l'abdomen, avait une si grande tendance à en sortir; évidemment cet épiploon n'était pas tendu entre ses attaches supérieures et l'anneau, car cette tension l'aurait ramené dans l'abdomen; on comprend moins encore pourquoi, après la seconde opération, l'épiploon étant définitivement réduit, les accidents de l'étranglement se sont aggravés. Il est bien plus probable que la hernie antévésicale existant depuis longtemps (et l'état de son collet le prouve), une portion plus grande d'intestin s'y est engagée à l'occasion de l'effort qui a provoqué la sortie de la hernie scrotale, et que, dès ce moment, l'étranglement a eu lieu par le collet du sac antévésical. Il serait difficile de dire en quoi la hernie scrotale a contribué à l'étranglement. Si l'opération et la réduction de l'épiploon ont été suivies d'un amendement dans l'état du malade, il ne faut pas en inférer que l'étranglement a été momentanément levé; on ne voit que trop souvent ces améliorations trompeuses qui laissent le chirurgien dans une funeste sécurité, soit après la réduction en masse, soit après certaines opérations qui n'ont pas atteint l'étranglement. J'ai déjà fait remarquer cette circonstance à propos de mon observation de hernie intra-iliaque, et je l'ai notée dans plusieurs autres publiées par divers auteurs.

Que devait faire le chirurgien ? Ce cas était certainement un des plus difficiles que puisse présenter la pratique de la herniotomie. L'opération ne montre aucune trace d'étranglement ni de l'intestin, ni de l'épiploon, et cependant elle est suivie d'une amélioration notable, le cours des matières semble se rétablir. Mais les accidents se reproduisent; la sortie de l'épiploon paraît les expliquer suffisamment: on débride, on le réduit. Puis le *doigt, introduit de toute sa longueur dans l'abdomen et dirigé en*

haut et sur les côtés, ne fait rien découvrir. Peut-être qu'une exploration attentive avec le doigt porté *en arrière et en dedans* eût fait reconnaître le pédicule de la hernie antévésicale ? L'étranglement reconnu, il eût été possible de le lever en débridant directement *en haut,* après avoir amené le collet aussi près que possible de l'incision extérieure.

§ III.

Les observations que j'ai réunies dans ce travail conduiront, je pense, à une interprétation plus rationnelle de certains faits qui se trouvent dans la science. J'ai déjà dit que, parmi les cas de réduction complète ou incomplète du sac, il en était vraisemblablement plusieurs qui devaient être rapprochés de ceux qui font l'objet de ce mémoire, c'est-à-dire que la réduction en masse a pu être favorisée par la préexistence d'un bissac dont la portion intra-abdominale n'a pas été et ne pouvait guère être soupçonnée. Certaines hernies *intra-abdominales* qui ont embarrassé les chirurgiens pourront aussi rentrer dans cette catégorie. Telle me paraît être l'observation publiée par MM. Carteron et Saussier, sous ce titre : *Description d'une nouvelle espèce de hernie abdominale.* Les détails de cette observation fort curieuse méritent d'être lus et médités. (Voy. *Ann. de la chirurg. franç. et étrang.*, t. VII, p. 257.) En voici le résumé.

SEPTIÈME OBSERVATION.

Une femme de quarante-sept ans, mère de quinze enfants, avait depuis douze ans une hernie crurale gauche, ordinairement maintenue par un bandage. Cette hernie sort pendant les efforts de défécation ; la malade la réduit aussitôt. Quelques instants après, tiraillement dans la fo se iliaque gauche, puis douleur s'étendant vers l'ombilic ; vomissements répétés, absence de selles, altération des traits. Point de tumeur dans l'aine, ni dans la partie voisine de l'abdomen. La hernie ne reparaît pas pendant les efforts de toux.

Empâtement croissant, sans fluctuation évidente dans l'hypogastre. Mort quarante-trois heures après le début des accidents.

A l'autopsie, deux litres de sang épanché moitié dans le péritoine, moitié dans l'intestin, lequel n'est pas perforé. Une anse de l'iléon est engagée dans un sac herniaire déchiré vers son fond; elle traverse la déchirure. Ce sac a un orifice ovalaire situé sur le ligament rond, à 3 centimètres de l'utérus; il se bifurque bientôt, l'une de ses branches s'engage dans l'anneau crural au-delà duquel son fond évasé est fixé par des adhérences solides. Cette portion est vide. L'autre branche, moins considérable, longue de 3 à 4 centimètres et large d'autant, naît à peu de distance de l'orifice commun et se porte dans l'épaisseur du ligament large; une sorte de *bride* ou *collet prononcé* indique la séparation des deux sacs. Au-dessous de cette bride, le péritoine du ligament large est déchiré, et le petit sac *libre* et *flottant* est déchiré lui-même à son fond. C'est dans ce petit sac que l'intestin et son mésentère se sont engagés et se trouvent étranglés par la déchirure et par la bride constituant le collet. Le mésentère est tellement engagé qu'il forme une corde tendue entre la colonne vertébrale et le collet commun aux deux sacs; il résulte de là qu'il exerce une véritable traction sur le sac crural fixé ainsi d'une part à la cuisse, d'autre part à la colonne vertébrale.

Telles sont les principales circonstances de cette observation. Voici maintenant les interprétations.

Les auteurs, MM. Carteron et Saussier, considérant, d'une part, l'existence indépendante du petit sac et l'ancienneté de sa formation, d'une autre part, l'infériorité relative de la portion du grand sac engagée dans l'anneau crural, pensent que la hernie s'est formée *dans l'abdomen,* dans le ligament large, et que ce n'est que consécutivement qu'elle s'est rapprochée de l'arcade crurale. Ils proposent, en conséquence, de l'appeler *hernie intra-abdominale du ligament large.*

M. Velpeau, dans les *Remarques* dont il a fait suivre l'observation de MM. Carteron et Saussier, donne une interprétation différente de ce fait. Il lui semble plus naturel d'admettre qu'il existait à la fois deux hernies crurales placées côte à côte ; qu'une de ces hernies s'est étranglée, puis a été réduite par la malade en entraînant le sac avec elle et sans cesser d'être étran-

glée. Ce ne serait donc qu'un nouveau cas de réduction en masse. Le savant professeur reconnaît d'ailleurs que cette opinion n'est pas à l'abri de toute objection. Qu'il me soit permis de profiter de cet aveu pour hasarder une troisième interprétation du même fait.

Je n'y vois qu'une hernie *double*, c'est-à-dire *en bissac*, et non *deux* hernies, puisque les deux sacs n'ont bien évidemment qu'un collet commun. Des deux portions du bissac, la plus grande s'engage dans le canal crural, c'est une hernie *crurale ;* l'autre se développe dans l'épaisseur du ligament large, c'est une hernie *intra-abdominale du ligament large*. La hernie a d'abord été crurale; son sac le plus grand adhère intimement au canal crural, et depuis douze ans la malade portait un bandage destiné à la maintenir ; puis un sac nouveau s'est formé près du sac ancien et s'est porté dans le ligament large. Tous deux sont d'ailleurs de formation ancienne ; l'état de leurs collets le prouve. L'étranglement et la déchirure du sac intra-abdominal se sont produits à la fois et pendant l'effort qui a projeté en même temps les viscères dans le sac crural. La réduction de ceux-ci, faite immédiatement par la malade et sans difficultés, ne semble pas capable d'avoir amené la déchirure. Ce qui le prouve encore, c'est cette pénétration si considérable du mésentère dans la déchirure, que le redressement du tronc en était empêché. Cette pénétration n'est concevable que dans la position fortement fléchie du tronc au moment de l'effort, c'est-à-dire pendant l'acte de la défécation.

Reste à expliquer comment l'orifice commun aux deux sacs est situé sur le ligament rond, à une certaine distance de l'anneau crural. Plusieurs circonstances peuvent être invoquées pour en rendre compte. Dans les cas où les viscères, ne pouvant se développer au dehors, se logent dans un sac intra-abdominal, le collet de ce sac se déplace et s'éloigne de la

paroi abdominale; cette raison pourrait être invoquée. Mais il faut remarquer que depuis qu'elle était affectée de sa hernie, cette femme avait eu de nombreuses grossesses ; que dans ces circonstances l'utérus, en s'élevant dans l'abdomen, a pu tirailler le ligament rond de manière à entraîner vers la cavité abdominale le collet du sac adhérent à ce ligament. On comprend aussi que ces conditions aient facilité la formation du petit sac ou sac intra-abdominal. Enfin il a été constaté, à l'autopsie, que le mésentère engagé dans la hernie formait une corde tendue tirant fortement sur le sac crural. Une semblable traction devait nécessairement tendre à porter en arrière le collet de la hernie, par conséquent à l'éloigner des anneaux.

Si cette manière d'interpréter le fait de MM. Carteron et Saussier est l'expression de la vérité, il faudra le rapprocher de ceux que j'ai relatés dans ce travail et le considérer comme un cas de hernie en bissac, avec sac extérieur et sac intra-abdominal *primitif*. La seule différence qu'il présente, c'est l'éloignement du collet du sac de l'anneau herniaire. J'ai cherché à expliquer cette circonstance curieuse du déplacement *centripète* du collet ; j'ajouterai encore quelques considérations sur ce sujet intéressant.

§ IV.

Déplacement du collet du sac herniaire. — Il peut se faire en deux sens opposés : ou bien le collet est poussé vers l'extérieur par l'impulsion des viscères, d'où résultent différentes variétés de sacs à collets multiples; ou bien il est ramené vers le centre de l'abdomen par des actions diverses. Ces deux genres de déplacement, que l'on pourrait appeler *propulsion* et *rétrocession* du collet, ont une grande importance pratique. Le premier est bien connu : Arnaud en a donné la théorie ; M. Demeaux, dans

ses *Recherches* déjà citées sur l'évolution du sac herniaire, a traité ce sujet avec beaucoup de soin. Je n'ai rien à y ajouter.

Mais le second n'a été mentionné que dans les cas de réduction du sac. Son histoire n'est pas faite, et le moment n'est pas encore venu de la présenter d'une manière complète. Je me bornerai à en signaler quelques points de vue à l'attention des chirurgiens.

La *rétrocession* du collet peut avoir lieu dans les conditions suivantes :

1° Dans la *réduction en masse* du sac et des parties qu'il contient. Les faits de ce genre ne sont plus contestés ; ils sont même assez nombreux pour que M. Demeaux les ait divisés en trois catégories, selon que la réduction a été spontanée, ou le résultat du taxis sans opération sanglante, ou enfin le résultat d'une opération incomplète dans laquelle le chirurgien, trompé par l'aspect du sac, le réduit, croyant réduire l'intestin seulement.

2° Dans la *réduction incomplète* du sac. Dans ce cas, signalé par M. Cruveilhier (*loc. cit.*, p. 653), le collet étant rétréci, « les efforts de réduction ont pour effet de tendre à repousser dans l'abdomen une partie du sac, en décollant le péritoine ; tout le temps que le collet du sac n'est pas trop resserré, les efforts se partagent entre la réduction des viscères et le décollement du péritoine ; mais, à force de réductions semblables, le collet du sac s'éloigne peu à peu de l'anneau et reste dans la même situation pendant un certain temps. C'est dans ces circonstances que la portion du sac correspondant à l'anneau fibreux se rétrécit, augmente d'épaisseur et forme le rétrécissement moyen du bissac. » J'ai déjà fait remarquer que ces refoulements incomplets du sac, d'où résultent les hernies en bissac dont le diagnostic est difficile et la fréquence plus grande peut-être qu'on ne le suppose, doivent singulièrement favoriser la réduction en masse.

3° Par le fait seul du développement intra-abdominal d'une hernie. Quelle que soit la cause qui l'empêche de se développer à l'extérieur, le collet du sac tend à s'éloigner des anneaux, en même temps qu'il change de direction, ainsi que je l'ai exposé à propos de la hernie intra-iliaque.

4° Le mésentère, lorsqu'il s'est trop profondément engagé dans un collet herniaire, comme dans l'observation de MM. Carteron et Saussier, tend évidemment à l'entraîner vers la cavité abdominale.

5° Un résultat analogue doit être aussi l'effet des tiraillements exercés sur le péritoine pariétal, et sur le ligament rond, par le développement de l'utérus dans la grossesse.

6° et 7° Dans tous ces cas, le sac, en totalité ou en partie, se déplace vers le centre de l'abdomen, en même temps que son collet; mais il peut arriver que le premier se déplace à l'exclusion du second, et *vice versâ*. Ainsi M. Demeaux a rapporté (*loc. cit.*, p. 375) une observation fort curieuse de réduction complète avec renversement du sac, lequel était flottant dans la cavité du péritoine. Le corps du sac, retourné comme un doigt de gant, était seul réduit; les rapports de son collet avec l'anneau n'étaient pas changés.

M. Laugier a signalé (*Bulletin chirurgical*, t. I, p. 363) un fait plus curieux encore : le collet du sac, complétement détaché, *arraché* par les efforts du taxis, avait été repoussé dans l'abdomen avec une anse intestinale qu'il étreignait, comme avant la réduction, à la manière d'une virole, et sans lui adhérer.

§ V.

Conclusions. — De l'exposé de ce travail résultent les propositions suivantes :

1° Des hernies qui se rattachent par leur origine aux hernies de l'aine peuvent se développer à l'intérieur de l'abdomen.

2° Ces hernies *intra-abdominales* peuvent se porter dans la fosse iliaque, *hernie intra-iliaque;* au-devant de la vessie, *hernie antévésicale ;* dans l'épaisseur du ligament large, *hernie du ligament large*, etc.

3° Elles peuvent exister seules, ou bien être liées à une hernie inguinale ou crurale, et constituer une hernie *en bissac.*

4° Dans ce dernier cas, le développement du sac intra-abdominal peut être *primitif* ou *consécutif*, c'est-à-dire le résultat d'un refoulement incomplet du sac *extra-abdominal.*

5° L'étranglement a lieu par le collet commun ou par le collet du sac intra-abdominal; les viscères contenus dans ce dernier en sont plus particulièrement atteints.

6° Le taxis ne peut avoir aucune action utile sur les hernies intra-abdominales; au contraire, en refoulant dans le sac intra-abdominal les viscères ou la sérosité contenus dans le sac extérieur, il augmente la compression dans la hernie intérieure et aggrave les accidents.

7° On doit *soupçonner* la hernie intra-abdominale, lorsque la hernie extérieure ne rend pas suffisamment compte des accidents, lorsque la tumeur entièrement ou incomplétement réductible a une grande tendance à se reproduire; lorsque la réduction s'est faite sans gargouillement, lorsqu'elle a eu pour effet de soulever la paroi abdominale derrière l'anneau; lorsque, malgré la réduction apparente, les signes de l'étranglement persistent. On doit la soupçonner encore pendant l'opération et après, si les accidents de l'étranglement continuent ; lorsque l'on n'a pas rencontré d'organe et surtout pas d'intestin étranglé; lorsque l'on a trouvé les anneaux et le collet du sac extérieur libres, alors que tout faisait croire à un étranglement par le collet.

8° Pour éviter une méprise funeste, lorsque l'on soupçonne quelque disposition de ce genre, il faut porter profondément le doigt dans l'intérieur du ventre, bien s'assurer qu'il est dans cette cavité et non dans un sac herniaire, et diriger ce doigt de tous côtés surtout *en dedans* et *en arrière;* car c'est dans ce sens que l'on sentira soit la paroi interne du sac intra-iliaque, soit le pédicule de la hernie antévésicale. Il faudra s'aider aussi des tractions faites sur le sac extérieur, afin d'amener vers l'incision le collet intérieur, qui peut en être plus ou moins éloigné.

9° Si, malgré ces recherches, le chirurgien ne trouvait pas la cause de l'étranglement, il devrait se conduire comme s'il avait affaire à un étranglement interne proprement dit. J'aborderai cette question dans un prochain *Mémoire sur un nouveau procéde de gastrotomie dans le cas d'étranglement interne.*

RAPPORT

SUR LE TRAVAIL DE M. PARISE,

Par M. GOSSELIN.

Après avoir, au nom de la commission composée de MM. Denonvilliers, Boinet et Gosselin, présenté un exposé sommaire du travail qui précède, le rapporteur ajoute les réflexions suivantes :

MESSIEURS,

L'analyse rapide que nous venons de faire du travail de M. Parise suffira, je pense, pour vous montrer qu'il est digne de tout l'intérêt de la Société, d'abord parce qu'il appelle notre attention sur des cas rares et difficiles d'étranglements herniaires, et ensuite parce que le nom estimable de l'auteur donne à ses opinions un caractère des plus sérieux ; pour ces raisons, il est indispensable d'examiner à fond et de discuter quelques unes de ces opinions.

En définitive, deux points principaux dominent dans ce mémoire. Le premier est tout pratique ; on opère une hernie, on trouve qu'elle n'est pas étranglée ; les accidents continuent ; le chirurgien, en pareil cas, attribue leur persistance soit à un étranglement interne indépendant de la hernie, soit à une péritonite. M. Parise nous montre qu'il faut songer aussi à une hernie en bissac dont le sac intérieur ou intra-abdominal peut produire l'étranglement, et qu'il est nécessaire, pour éviter l'écueil dans lequel sont tombés A. Bérard et Hernu, de poursuivre ses recherches dans cette direction. Sur ce premier point

nous sommes pleinement d'accord avec M. Parise, et nous nous associons aux efforts qu'il tente pour guider le chirurgien dans cette voie difficile.

Le second point est théorique et se rapporte à l'explication. Tout en admettant à la fin de son travail, avec M. Cruveilhier, que les sacs intra-iliaques et antévésicaux peuvent être consécutifs à des efforts de réduction pratiqués à une époque où la hernie n'est point étranglée, et qui ont pour effet de remonter le collet entre le péritoine et le fascia transversalis, M. Parise croit cependant que, dans les trois observations qu'il cite, celle d'A. Bérard, celle de Hernu et la sienne, le sac intérieur n'a pas été la conséquence d'un refoulement du collet, mais s'est formé primitivement dans cette position, et c'est là ce qui le conduit à établir des variétés nouvelles dans la hernie inguinale. Sur ce second point, moins important sans doute que le premier, nous ne partageons pas son opinion.

D'abord, ainsi que nous vous le faisions pressentir tout à l'heure, ses observations ne lui ont pas permis de s'appuyer sur des preuves incontestables. Pour qu'un sac herniaire se formât de la manière qu'il indique, il faudrait que le péritoine, poussé au delà de sa place naturelle, trouvât sur son chemin quelque ouverture fibreuse où il fût resserré et où s'établît un collet. Rien de semblable n'a été trouvé dans la première observation; l'auteur suppose que la paroi postérieure du canal inguinal a pu être traversée, comme dans un cas qu'a cité M. Paoli (*Gazette médicale*, 1848, p. 108). Mais ce n'est qu'une supposition: le scalpel n'a démontré rien de semblable; peut-être les rapports de l'artère épigastrique auraient-ils mieux éclairé la question, car si la hernie s'était formée de cette façon, l'artère devait se trouver entre l'anneau inguinal interne et le corps du sac intérieur. En était-il ainsi, ou bien l'artère était-elle au-devant de ce sac? L'observation ne le dit pas non plus, en sorte que

rien ne prouve que le péritoine ait suivi cette marche pour former le sac intra-iliaque.

Dans la seconde observation, celle de hernie antévésicale, l'auteur n'a mentionné non plus aucune ouverture fibreuse par laquelle le sac se serait engagé pour devenir intérieur, après avoir primitivement déprimé la fossette inguinale moyenne. Les rapports avec l'artère ombilicale, qui auraient pu être invoqués comme une preuve de cette origine, sont également passés sous silence. Les mêmes lacunes se trouvent dans la troisième observation, celle de Hernu.

Il nous semble donc que M. Parise n'avait pas de motifs suffisants pour admettre que ces trois hernies intra-abdominales s'étaient formées primitivement, et par conséquent pour établir que l'une appartient réellement à l'espèce inguinale externe, les autres à l'espèce inguinale moyenne.

A côté de cette explication on peut en placer plusieurs autres, à la discussion desquelles M. Parise eût été conduit sans doute, s'il avait pu rassembler les faits du même genre ou analogues qui se trouvent épars dans la science. Retenu par les exigences de sa position dans une ville où les ressources scientifiques sont assez bornées, M. Parise s'est trouvé dans l'impossibilité matérielle de consulter tous les recueils périodiques dans lesquels ces faits très rares sont disséminés. La commission, mieux placée, a pu faire ces recherches ; et comme au point théorique que nous discutons se rattache toujours la question pratique, qui est des plus importantes, nous croyons devoir mettre sous vos yeux les faits qui sont venus à notre connaissance et qui nous ont paru propres à éclairer ce sujet.

Ces faits pourraient se rapporter à un titre général, hernies avec sac intérieur ou hernies intérieures. Ils sont de deux ordres : dans l'un, la hernie intérieure est unique, c'est-à-dire qu'il n'y a pas de sac externe concomitant; dans l'autre, le

sac intérieur existe en même temps qu'un sac extérieur, soit inguinal, soit crural.

1° *Le sac intérieur est unique.* — A cet ordre de faits se rapportent d'abord ceux dans lesquels il n'y a pas d'étranglement, celui par exemple du garde municipal dont nous a parlé M. Parise.

Viennent ensuite d'autres dans lesquels le collet du sac intérieur unique produit un étranglement. Ici encore il faut distinguer : tantôt le sac est rentré depuis peu de temps, les tentatives de taxis ayant amené une réduction en masse. Les cas de ce genre sont connus de tout le monde, et il n'est pas nécessaire de nous y arrêter. Tantôt, au contraire, on observe les symptômes d'étranglement sur un malade qui a eu autrefois une hernie ou qui n'en a jamais eu, et ces symptômes sont dus à la constriction exercée par le collet d'un sac interne ; tels sont les deux faits suivants que rapportent Arnaud, d'après Vacher (*Traité des hernies*, t. II, p. 56), et Fages, de Montpellier (*Journal de Sédillot*, t. VII, p. 34). Je les cite textuellement, en faisant bien remarquer qu'il y est question, non pas d'un étranglement interne semblable à ceux dont on parle souvent, mais bien d'une hernie avec sac intra-abdominal, et d'un étranglement par le collet de ce sac.

OBSERVATION D'ARNAUD.

Un homme, âgé de cinquante ans, était incommodé depuis plusieurs années d'une hernie inguinale. Il y a environ six mois qu'il trouva pour la première fois beaucoup de peine à la réduire; il fit appeler son chirurgien, qui la fit rentrer; il contraignit le malade à porter un bandage. Depuis ce temps-là la hernie ne reparut plus, mais le malade devint sujet à des coliques qui se passaient au moyen de quelques topiques chauds. Au mois de février dernier, le malade fut attaqué d'une passion iliaque des plus violentes, sans que la hernie, qui ne paraissait point, parût y avoir donné occasion. On mit en

usage sans succès tous les remèdes que la médecine put suggérer; le malade mourut le huitieme jour.

Nous observâmes par l'ouverture du cadavre que l'intestin n'était point étranglé par l'anneau. Nous fûmes tout surpris de trouver un sac formé par le péritoine de la grosseur d'une belle pomme, dans lequel étaient engagés et fortement étranglés environ trois bons pouces de l'intestin iléum tout gangrené. Cette poche ou sac était placé derrière l'anneau de l'oblique externe; son fond s'inclinait du côté de la vessie, et sa partie supérieure était adhérente à l'anneau.

OBSERVATION DE FAGES.

Le 4 fructidor, an II de la république, entra dans l'hôpital civil de cette commune le citoyen Joseph Pelissier, volontaire dans le premier bataillon des chasseurs, compagnie n° 5, âgé de vingt-six ans. Depuis quelques jours, il était en proie à des coliques violentes avec vomissements, suppression de selles, et une douleur très vive et fixe vers la région iliaque droite.

Le reste du bas-ventre était un peu météorisé et sans douleur. Interrogé sur ce qui avait pu donner lieu à sa maladie, le malade m'apprit que, s'étant courbé avec précipitation pour ramasser quelque chose, il avait senti dans le bas-ventre, et vers la région iliaque droite, une espèce de craquement qui fut suivi quelque temps après d'une douleur vive dans la même partie, et que l'intensité de cette douleur s'était maintenue au même degré jusqu'au moment où je le voyais. L'exploration que je fis de toute la circonférence du bas-ventre et du bassin ne m'apprit autre chose, sinon qu'il n'avait qu'un testicule dans les bourses. J'examinai très attentivement l'anneau inguinal vide; je fis prendre différentes situations au malade; je le fis tousser et secouer un peu, sans rien sentir du côté de l'anneau qui pût me faire soupçonner aucune espèce de hernie, ni la rétention du testicule du côté intérieur de cette ouverture. D'ailleurs, le malade me dit qu'il n'avait jamais eu de hernie, et qu'il avait toujours été monorchide. D'après cette considération, je le fis transférer dans la salle du médecin. Là, tous les secours diététiques et médicinaux appropriés à son état lui furent administrés (purgatifs, antiémétiques, laxatifs, clystères et fomentations) sans aucun succès. Les vomissements et la suppression des selles persistèrent sans augmentation dans les autres symptômes. Le sixième jour, le ventre se météorisa, et devint très douloureux. On supposa un volvulus; on fit avaler au malade cinq onces de mercure cru en deux prises. Les accidents parurent dès ce moment aller en augmentant, jusqu'au neuvième jour dans la nuit duquel le malade périt.

Le lendemain, je fis l'ouverture du cadavre en présence des officiers de santé de l'hôpital. Je trouvai les viscères abdominaux sans aucune marque d'inflammation ni de gangrène. En parcourant le tube intestinal pour voir où le mercure s'était arrêté, je rencontrai une anse de l'intestin iléum, au-dessus de laquelle se trouva tout le mercure que le malade avait avalé. Cette anse d'intestin était logée dans un sac particulier formé par le péritoine, situé sur la partie antérieure et moyenne du psoas, et sur la partie supérieure latérale droite du rectum. En disséquant le tissu cellulaire qui unissait ce sac aux parties ci-dessus mentionnées, je trouvai le corps du testicule nu et une portion de l'épididyme à la partie postérieure inférieure du sac, et comme s'ils avaient été chassés de l'intérieur de la tunique vaginale par l'intestin qui avait pris leur place, tandis que la partie antérieure de l'épididyme était dans l'intérieur du sac. L'endroit par où la portion de l'épididyme passe pour communiquer dans la cavité où est logé l'intestin présente une espèce de rupture qui paraît avoir livré passage au testicule.

2° *Le sac intérieur coïncide avec un sac extérieur, la hernie étant en bissac.* — Nous ne connaissons jusqu'ici que des cas dans lesquels il y avait étranglement par le sac interne. Le premier fait de M. Parise, et celui de Hernu, en sont des exemples remarquables. Nous pouvons y ajouter les cinq suivants que rapportent Pelletan (*Clinique chirurgicale*, t. III, p. 359), B. Cooper (*Guy's Reports*, 1839), Kock (*Guy's Reports*, 1847, p. 5), et M. Teissier (*Bulletins de la Société anatomique*, 9e année).

OBSERVATION DE PELLETAN.

Second sac derrière le pubis.

Un homme, âgé d'à peu près quarante ans, avait depuis longtemps une hernie inguinale du côté gauche, pour laquelle il ne se décida à porter un brayer que lorsqu'elle eut acquis un assez gros volume. Jusque-là il réduisait sa hernie avec plus ou moins d'efforts et de succès, chaque fois que sa sortie lui causait quelque incommodité.

Un jour, à l'occasion d'une marche forcée, la hernie sortit plus grosse que de coutume, et résista aux tentatives de réduction faites par le malade. Il se présenta à l'Hôtel-Dieu le cinquième jour des accidents, et ils étaient assez urgents pour que je ne misse aucun retard à la pratique de l'opération.

Elle fut simple dans tous ses détails, à l'épaisseur près du sac herniaire, qui devait encore me paraître un fait extraordinaire sur une hernie ancienne. L'intestin se trouva seul; il formait une anse dans le sac; sa couleur rouge était médiocre, et il avait assez de souplesse. L'anneau ayant été agrandi, je procédai à la réduction, qui commença à se faire suivant la marche ordinaire. Comme le volume de la hernie était assez considérable, je ne fus pas surpris d'être obligé d'en poursuivre la dernière portion avec le doigt jusqu'au delà de l'anneau. Je crus donc la réduction complète.

Le traitement ordinaire suivit l'opération ; mais ce fut en vain que je voulus procurer des évacuations. Au contraire, le troisième jour, le hoquet et les vomissements reparurent; le ventre devint douloureux; la fièvre augmenta en proportion, et le malade mourut le sixième jour après l'opération.

L'ouverture du cadavre nous montra l'engorgement inflammatoire de toute l'étendue du péritoine, et tous les effets qui l'accompagnent. L'intestin réduit avait été porté dans une poche membraneuse placée derrière le pubis; elle communiquait avec le sac herniaire par un collet d'environ huit lignes de diamètre, et représentait avec lui une besace dont la grande poche était en devant, une moindre derrière le pubis, et le collet était appuyé sur la branche horizontale de cet os. L'intestin avait été introduit du sac antérieur dans le postérieur, et était étranglé par le collet de communication plus étroitement qu'il ne l'aurait été par l'anneau du muscle grand oblique.

OBSERVATION DE B. COOPER.

M. J..., soixante-huit ans; 26 avril, accidents digestifs pris d'abord pour une indigestion, et rapportés ensuite à une hernie inguinale étranglée. La réduction se fit instantanément, mais il restait toujours un peu de tuméfaction. Purgatifs; vomissements et constipation. Ventre peu douloureux.

Le malade avait eu une double hernie inguinale; mais on ne sentait d'aucun côté de tumeur herniaire. On reconnaissait cependant à gauche une saillie anormale qui avait toutes les apparences d'une accumulation de graisse. L'anneau et le canal inguinal du côté droit étaient *assez larges;* le malade, en toussant, faisait descendre une hernie qui rentrait facilement. A cause de la persistance des symptômes, et malgré le peu de probabilité d'une hernie à gauche, on se décida à opérer. On ne trouva dans le canal inguinal qu'un petit sac entièrement vide.

Les accidents continuent; le malade meurt le 30 avril, cinquième jour des accidents.

A l'autopsie, canal inguinal gauche ouvert, contenant une petite portion d'épiploon sain, descendu depuis la mort; on le rentre facilement dans le ventre. On examine la région inguinale droite, siége d'une ancienne hernie; on trouve une portion d'intestin dans le sac aussi facilement réductible que pendant la vie; mais en tirant l'intestin au dehors, on s'aperçoit qu'il est arrêté.

Cherchant avec attention, on rencontre une portion d'intestin étranglée par un petit sac herniaire placé dans l'intérieur du ventre, et qu'à cause de cela on n'a pu reconnaître. L'auteur croit que ce malade avait deux hernies scrotales, l'une antérieure, l'autre postérieure, et que l'antérieure avait été réduite en masse.

OBSERVATIONS DE M. COCK.

La première est relative à un malade âgé de trente-cinq ans, portant depuis longtemps une hernie inguinale du côté gauche, qui avait accompagné la descente du testicule. Cette hernie avait été longtemps facile à réduire; mais quelques années avant la mort, elle était devenue irréductible, et avait paru étranglée; on en avait obtenu la réduction après de grands efforts qui avaient entraîné dans le ventre le testicule en même temps que l'intestin. Ce testicule ne reparut jamais dans le scrotum, mais le sac était resté. La hernie se reforma de temps en temps, offrit à diverses reprises des symptômes d'étranglement, et put, chaque fois, être réduite, mais avec plus de difficulté que la première fois. Ce fut après la dernière de ces réductions que les symptômes d'étranglement continuèrent; deux chirurgiens éminents furent appelés et se décidèrent à ouvrir le scrotum. Ils n'y trouvèrent qu'un sac tout à fait vide; le doigt, engagé dans son collet, parut pénétrer dans la cavité péritonéale. M. Cock ne décrit pas les détails de l'autopsie, mais il les représente dans deux figures annexées à son travail : on y voit qu'en effet il y avait deux sacs péritonéaux, l'un dans le scrotum, l'autre sous le péritoine de la fosse iliaque. Ces deux sacs communiquaient par une ouverture assez large qui avait permis l'introduction du doigt pendant l'opération, et fait croire que l'on arrivait dans la cavité péritonéale. Le sac interne communiquait avec le péritoine par une ouverture étroite qui produisait l'étranglement d'une grande anse intestinale et de l'épiploon contenus dans son intérieur.

M. Cock cite en quelques mots une seconde observation pareille à la précédente; seulement la hernie n'était pas congénitale. Les détails ne sont pas assez précis pour que nous puis-

sions l'utiliser ici. Mais il développe bien plus longuement la suivante :

Un malade, âgé de soixante-quatre ans, portait, depuis trente-six ans, une hernie inguinale en partie irréductible, pour laquelle il portait un bandage très irrégulièrement ; cette hernie était étranglée depuis quarante-huit heures. Les efforts de réduction parurent faire rentrer dans le ventre une portion d'intestin. Néanmoins les symptômes d'étranglement persistant, M. Cock se décide à opérer ; il ouvre le sac herniaire, n'y trouve qu'une portion indurée d'épiploon, conduit son doigt par l'ouverture supérieure du canal inguinal, et croit arriver dans le péritoine. Les symptômes persistent, et le malade succombe. On reconnaît encore à l'autopsie les mêmes faits principaux que dans le cas précédent, c'est-à-dire un sac externe renfermant de l'épiploon, un sac interne couché transversalement dans la fosse iliaque et étranglant l'intestin par son collet. Les deux sacs communiquaient entre eux par une ouverture assez large, et il n'y avait avec le péritoine qu'une seule communication, au niveau de laquelle se trouvait l'étranglement.

OBSERVATION DE M. TEISSIER.

Elle est relative à une hernie crurale, mais elle a tant d'analogie avec les précédentes qu'il est bon de la placer à leur suite. Je la copie textuellement dans les *Bulletins de la Société anatomique*.

M. Teissier présente une hernie inguinale étranglée, à deux sacs, l'un intra-abdominal, l'autre extra-abdominal, opérée par Sanson.

Quand l'opération fut pratiquée, l'étranglement durait depuis trente-six heures, et la tumeur présentait l'aspect suivant : au-dessous du ligament de Fallope, existaient deux lobes, l'un en dedans du côté de la grande lèvre, l'autre à la partie antérieure de la cuisse, un peu en dehors.

Après l'opération, dans laquelle le débridement fut fait sur le ligament de Gimbernat, les accidents d'étranglement persistèrent, bien qu'il y eût eu des selles abondantes, et M. Sanson, soupçonnant un étranglement interne, se proposait d'inciser la paroi abdominale sur le lieu où la réduction avait été faite, quand la malade succomba. Une circonstance remarquable de cette opération fut la sortie d'un nouveau flot de sérosité après le débridement et après la sortie de celle qui était contenue dans la poche placée au-dessous du ligament de Fallope.

L'examen de la tumeur a fait voir à l'intérieur de l'abdomen, entre le péritoine et les parois abdominales, dans le tissu cellulaire du bassin et sur la partie latérale de la vessie, une vaste cavité séreuse communiquant, d'une part, avec le péritoine par une ouverture arrondie, d'un pouce à peu près de diamètre, laissant passer des anses intestinales placées dans la poche intra-abdominale : celle-ci communiquait, d'une autre part, en avant et par-dessous le ligament de Fallope, avec la poche qui contenait la partie fémorale de la hernie. On n'a pas reconnu dans cette cavité les caractères bien évidents de la séreuse.

Il y avait donc une hernie double : l'une intra-abdominale, communiquant avec le péritoine par un obstacle rétréci ; l'autre extra-abdominale, à deux loges, et communiquant avec la première par un collet qui avait été débridé.

L'état livide et sphacélé des intestins contenus dans la hernie ancienne ne permet guère de douter qu'il n'y eût un étranglement au collet péritonéal du sac herniaire ; il est probable aussi qu'un second étranglement existait au niveau du second collet : c'est celui qui a nécessité le débridement du ligament de Gimbernat.

Avant d'aller plus loin, il ne sera pas inutile de faire remarquer que, dans ces observations de bissacs, il ne s'agit pas seulement de sacs à deux renflements superposés, comme dans celles de M. Cruveilhier, mais bien de sacs doubles. Cependant deux dispositions peuvent avoir lieu : ou bien chacun des sacs a une ouverture distincte de communication avec la cavité péritonéale ; ou bien, au contraire, il n'y a qu'un seul collet communiquant avec le péritoine, et qui appartient au sac intérieur, tandis que le collet du sac externe aboutit au précédent. Bien que les observations que nous avons citées ne soient peut-être pas toutes assez explicites à cet égard, il nous semble cependant que la première de ces dispositions est la plus rare ; elle ne paraît avoir existé que dans le fait de B. Cooper, tandis que la seconde s'est rencontrée dans ceux que cite M. Parise, comme dans ceux de Pelletan, Cock et Teissier.

En ajoutant ces sept observations aux trois de M. Parise, nous avons donc un ensemble de dix cas dans lesquels une hernie

avec sac intérieur s'est rencontrée à l'autopsie. Cherchons maintenant s'il y a des raisons pour regarder la plupart de ces hernies comme primitives plutôt que comme consécutives; et occupons-nous d'abord de celles dans lesquelles le sac intérieur est unique.

Le fait le plus contraire à l'opinion de M. Parise est celui d'Arnaud. Comme on n'a trouvé qu'un seul sac et qu'autrefois le malade avait eu une hernie étranglée guérie par le taxis, il est vraisemblable que cette hernie avait été réduite en masse, que l'intestin avait à cette époque cessé d'être étranglé par le collet, mais que six mois plus tard l'intestin ayant continué à se porter dans la poche intérieure, avait fini par s'y étrangler de nouveau.

L'observation de hernie antévésicale de M. Parise ne donne pas de renseignements assez précis pour que l'on puisse savoir si le malade avait eu autrefois une hernie externe qui aurait été réduite. Cependant comme il est très difficile de concevoir la formation d'une poche péritonéale dans cette direction, et que l'on a vu dans d'autres cas la réduction en masse conduire l'intestin et le sac derrière le pubis, il est assez naturel d'expliquer ce fait de la même manière.

Reste l'observation de Fages. Ici les renseignements consignés sont de nature à faire penser qu'il n'y a pas eu de hernie antérieure et que le sac ou plutôt la tunique vaginale s'est dirigée vers l'intérieur du bassin, au lieu de se porter à l'extérieur. Le fait est encore difficile à comprendre sans doute; cependant la descente irrégulière du testicule expliquerait mieux la formation du sac que ne pourrait le faire une propulsion de l'intestin ou de l'épiploon pendant les efforts. Nous serions donc disposés à regarder la hernie comme primitive, dans ce cas, et à dire avec l'auteur, « que la nature a, par écart ou par erreur, » formé la poche vaginale vers la partie moyenne des psoas au

» lieu de la diriger vers l'anneau, et que l'ouverture de cette » poche ne s'étant pas resserrée et oblitérée comme à l'ordi- » naire, a permis à l'intestin de glisser dedans. » Mais ce mode de formation est évidemment exceptionnel et ne peut s'appliquer aux cas dans lesquels le testicule et la tunique vaginale descendent régulièrement.

Pour les hernies en bissac avec sac extérieur et sac intérieur, nous pouvons concevoir les choses de quatre façons différentes :

1° Par le mécanisme qu'admet M. Parise, et d'après lequel le sac intérieur se formerait en même temps que le sac externe, par une propulsion simultanée du péritoine des deux côtés. Nous avons déjà présenté les objections qui s'adressent à cette théorie.

2° Par le mécanisme que cite l'auteur à la fin de son travail et qui a été donné par Pelletan, Cruveilhier, Cock. Dans cette théorie, les efforts répétés pour réduire la hernie (à une époque où elle n'est pas étranglée) ont pour effet de remonter le collet déjà formé en le séparant de l'anneau fibreux (inguinal ou crural); le fond reste au dehors; mais les intestins arrêtés par la pelote du bandage séjournent dans l'intervalle qui s'est établi entre le collet et l'anneau; le péritoine s'y laisse distendre peu à peu et finit par former une poche intérieure séparée de l'extérieure par un nouveau resserrement qui s'est fait au niveau de l'anneau. Le sac peut prendre alors la disposition des sacs à double collet, tels que les ont signalés Arnaud, Scarpa, Pelletan, Dupuytren et tant d'autres. Mais si, au lieu de se dilater circulairement, et de former tout simplement un renflement postérieur, le sac se développe sur un seul point de la circonférence plus faible que les autres, il en résulte une sorte d'appendice qui, graduellement augmenté par les pressions intérieures, se porte sous le péritoine, en dehors, en arrière ou en dedans, et finit par former

un second sac, ou, si on l'aime mieux, un embranchement du premier.

3° Par le mécanisme qu'a indiqué M. Teissier. Une hernie étranglée ou non est réduite en masse. L'étranglement cesse, le sac ne ressort pas en entier ; la portion correspondante à l'anneau fibreux est seule repoussée plus tard dans les efforts, à travers le trajet inguinal ou crural ; peu à peu ce sac envoie à l'extérieur un prolongement comme tout à l'heure il en envoyait un à l'intérieur. Dans ce cas, il y aurait encore deux collets, mais toujours une seule ouverture de communication avec la cavité péritonéale. Cette théorie est plus difficilement acceptable que la précédente ; car après ces réductions en masse, il est ordinaire que les malades portent un bandage : si la pression exercée par la pelote est suffisante, elle doit s'opposer aussi bien à une descente partielle qu'à la descente en totalité du sac herniaire ; si la pression est insuffisante, on ne voit pas ce qui empêcherait le sac de ressortir en entier. La théorie précédente s'accorde donc mieux que celle-ci avec les faits habituels.

4° Reste une dernière théorie d'après laquelle le sac intérieur peut avoir été produit par le refoulement en masse de l'une des hernies, quand il y en a deux dans la même région. L'existence des sacs doubles dans le trajet inguinal ou crural a été démontrée par les observations d'Arnaud (*Mémoires de chirurgie*, t. II, p. 603), de Lawrence (*Traité des hernies*, p. 607), d'A. Cooper, de J. Cloquet (1836), de Pigné (*Bulletins de la Société anatomique*, 1839), de Tuson (*Gazette médicale*, 1833, p. 463).

Ces hernies sont même de deux sortes : tantôt les deux sacs sont descendus exactement par le même trajet, tantôt chacun d'eux passe par une ouverture fibreuse distincte, pour arriver ensuite dans le même point sous la peau : c'est ce qui arrive, par

exemple, si l'un des sacs est inguinal interne, pendant que l'autre est inguinal externe. Quoi qu'il en soit, une hernie double existant, il peut se faire que l'une d'elles soit réduite en masse pendant que l'autre reste à l'extérieur, et que la hernie devenue intérieure ne reparaisse plus.Ce mode de formation du sac intérieur différerait des précédents en ce que, chacun des sacs ayant sa communication distincte avec le péritoine, les parties contenues dans le sac externe ne pourraient être refoulées dans l'interne. Le fait de B. Cooper, quoique peu détaillé, nous paraît se rapporter à cette catégorie.

De ces quatre explications, la moins probable est, en définitive, celle de M. Parise; la seconde est celle qui a trouvé le plus de partisans, puisqu'elle s'est présentée tout naturellement à l'esprit des auteurs qui ont observé des faits de ce genre et qui tous ont cru ces faits uniques dans la science. C'est celle à laquelle nous rapporterions la première observation de M. Parise et celle de Hernu, comme celles de Pelletan et de Cock.

Que d'ailleurs on accepte cette théorie ou l'une des deux dernières, du moment où on laisse de côté celle de M. Parise, la position du sac intérieur est toute fortuite ; il se dirige dans la fosse iliaque ou vers la vessie, suivant que plus faible d'un côté ou de l'autre, il se laisse distendre davantage dans tel ou tel sens. La hernie ne peut donc être aussi régulière dans sa position et ses rapports que le sont les hernies extérieures, et que sembleraient l'indiquer au premier abord les dénominations d'intra-iliaques et d'antévésicales, données par M. Parise. Nous croyons cependant qu'il est sage de conserver ces dénominations, parce qu'elles fixeront mieux l'attention du chirurgien, et qu'elles pourront le guider dans les recherches qu'il devra faire après avoir reconnu que l'étranglement n'est pas à sa place ordinaire.

En résumé, si nous nous sommes suffisamment expliqué sur

les faits intéressants que nous a communiqués M. Parise, ce n'est pas au point de vue de la création de variétés nouvelles dans les hernies inguinales qu'ils méritent le plus notre attention; mais c'est parce que rapprochés des faits analogues que renferment les annales de la science, rapprochés au besoin de ceux que les membres de la Société pourraient faire connaître, ils servent à compléter l'histoire des hernies intérieures, des hernies en bissac et des hernies à double collet.

Sous ce rapport, le travail de M. Parise est des plus utiles; l'auteur est d'ailleurs connu de nous tous par ses travaux sur la coxalgie, sur les luxations du pied, sur le mal de Pott; des qualités précieuses l'ont fait également apprécier de ses confrères dans la carrière civile et dans la carrière militaire.

Pour toutes ces raisons la commission est heureuse de vous proposer les conclusions suivantes :

1° Écrire une lettre de remercîments à M. Parise.

2° Remettre son travail au comité de publication.

3° Nommer M. Parise membre correspondant.

NOTE

SUR UN

SUJET ATTEINT DE DEUX TUMEURS LACRYMALES,

Par M. le docteur AUZIAS-TURENNE.

Il s'agit d'une femme âgée d'environ quarante ans, ayant succombé à une affection cancéreuse de la matrice. Le cancer, constaté au microscope par M. Robin, avait envahi et désorganisé la totalité de l'organe utérin. Les seins sont flétris et même atrophiés, comme ils le sont à l'âge de soixante ans. Les os et les ligaments cèdent et se rompent aisément ; les muscles sont très rouges, la graisse est assez abondante.

Le sujet de cette nécropsie n'a point été observé de son vivant. On constate très bien, avant toute dissection, la tumeur du côté gauche. Elle s'offre au grand angle de l'œil, sous la peau, avec la forme et le volume d'une noisette. La moindre pression exercée sur elle fait sortir par les points lacrymaux les parties les plus ténues du liquide qu'elle contient. Le cathétérisme par le canal nasal n'est pas possible, du moins sans des efforts que je n'ai pas voulu tenter, dans la crainte de rien détruire.

Du côté droit tout paraît être parfaitement normal, à tel point que l'existence de la maladie n'est pas même soupçonnée.

Les téguments qui recouvrent la tumeur du côté gauche étant enlevés, on voit très bien sa forme ovoïde et sa direction presque verticale. En avant et dans sa moitié inférieure, elle est recouverte par les fibres ascendantes du muscle orbiculaire ; ces fibres se portent un peu en dedans, et vont, les unes,

s'insérer au bord inférieur du tendon direct, les autres, passer au-devant de ce tendon. En avant et dans sa moitié supérieure, elle est recouverte par le tendon direct transversalement dirigé, et par l'expansion qui se détache de la partie supérieure de ce tendon. En arrière et dans son tiers supérieur, la tumeur est recouverte par le muscle de Horner transversalement dirigé; en arrière et dans ses deux tiers inférieurs, elle est libre, pour ainsi dire, et ne correspond qu'à la membrane muqueuse oculo-palpébrale.

En haut, son cul-de-sac est recouvert par l'accolement du faisceau ascendant du tendon de l'orbiculaire avec le muscle de Horner. Son expansion a été d'ailleurs arrêtée dans ce sens par la résistance osseuse.

En dehors elle correspond, mais seulement par sa partie moyenne, à l'angle interne des paupières et aux points lacrymaux.

En dedans, c'est-à-dire du côté du nez, elle n'a pas pu s'étendre, mais elle se moule sur le cadre ostéologique du sac.

On constate aisément de ce côté, à la faveur d'une déchirure, que la membrane du sac est composée d'une partie fibreuse, qui est externe, et d'une partie muqueuse, qui est interne. On s'assure aussi très bien de l'intégrité, c'est-à-dire de l'absence de lésion pathologique de la partie fibreuse.

Le sac, étant ouvert, se vide avec difficulté d'un liquide épais et filant qu'il contenait encore en abondance. M. Robin s'assure par l'examen microscopique que ce liquide est du mucopus dans lequel le mucus prédomine. Des lambeaux de la membrane interne de ce sac, examinés par ce micrographe habile, ne lui révèlent rien de cancéreux. C'est simplement une membrane muqueuse enflammée.

Ce qui est plus remarquable, c'est l'absence de l'orifice inférieur du canal nasal membraneux. La muqueuse nasale bouche

l'orifice inférieur du canal osseux en passant comme elle ferait, si cet orifice n'existait pas, et présente là une certaine résistance et une épaisseur qui est au moins de 3 millimètres.

L'examen le plus attentif ne fait constater aucune communication du sac lacrymal ni du canal nasal, soit avec les fosses nasales, soit avec l'antre d'Hygmore.

Des soies de sanglier sont introduites sans peine par les points et conduits lacrymaux; on voit que ces derniers se terminent en Y. La branche commune de ces conduits, ou inférieure de cet Y, est dilatée sous l'influence, sans doute, de l'accumulation et du reflux du muco-pus.

Après avoir disséqué, décrit et fait dessiner cette pièce, j'ai eu la pensée d'examiner la moitié de tête du côté opposé, que je croyais dépourvue d'altérations et uniquement dans le but d'avoir un moyen de comparaison avec le côté que je croyais seul malade.

J'ai ouvert le sac par sa partie antérieure; son ampleur m'a frappé. Il avait débordé dans tous les sens ou pressé ses limites osseuses. Il était au moins aussi dilaté que celui du côté gauche, mais il était vide. Des points et de petites plaques rouges existent çà et là sur la muqueuse, qui ressemble beaucoup et en petit à la plèvre, quand, à la suite des épanchements, il y a des pseudo-membranes. Des brins de cette muqueuse, examinés au microscope, ne diffèrent aucunement de brins semblables pris de l'autre côté.

Il ne semble pas que le canal nasal, qui est parfaitement libre, ait jamais été malade. Cela explique l'état de vacuité du sac. Ce dernier n'a dû être plein que quand le muco-pus était trop épais et trop gluant pour s'écouler librement.

Des tentatives infructueuses sont faites pour introduire des soies de sanglier dans le sac par les points et conduits lacrymaux; un obstacle existe à l'entrée du sac. On soulève avec

l'extrémité des soies, et sans pouvoir en vaincre la résistance, des pseudo-membranes fort épaisses, eu égard au volume des parties.

Sur ces deux moitiés de tête, le reste des voies lacrymales et les parties voisines paraissent jouir d'une intégrité complète.

En résumé, il y a des deux côtés phlogose de la membrane muqueuse du sac lacrymal et sécrétion d'un muco-pus épais, filant, dont les parties les plus fluides peuvent s'écouler aisément.

Il existe en outre d'un côté oblitération du canal nasal, et de l'autre oblitération des conduits lacrymaux.

Or, il est probable :

1° Que des deux côtés la maladie est sous l'influence de la même cause et est la même.

2° Que l'inflammation du sac est primitive et les oblitérations consécutives.

3° Que si le sac a été trouvé vide du côté droit et plein du côté gauche, cela tient à ce que le canal nasal est un débouché plus large et plus directement soumis aux lois de la pesanteur que les conduits lacrymaux.

4° Que s'il a néanmoins existé dans un temps de la maladie, une tumeur du côté droit (ce dont il est difficile de douter), cela peut dépendre surtout des obstacles que la plasticité du liquide mettait à son écoulement.

Voilà donc des états morbides qui se succèdent et s'enchaînent plus ou moins régulièrement : *inflammation, tumeur, oblitération;* et si ce dernier état, l'*oblitération*, s'était montré en haut et en bas et des deux côtés, une *fistule* n'eût pas tardé sans doute à en être la conséquence. Ne peut-on pas en conclure que, dans l'espèce pathologique dont il s'agit, l'*inflammation* de la membrane muqueuse du sac lacrymal, la *tumeur* lacrymale, l'*oblitération* des conduits lacrymaux et du canal nasal

(cause à son tour d'une tumeur plus volumineuse), la *fistule lacrymale* enfin, et peut-être même au delà, la *carie* des os, constituent les phases diverses par lesquelles peut passer la maladie? Ces phases sont diverses mais non pas nécessairement successives ou isolées. Plusieurs d'entre elles peuvent coexister dans des combinaisons variées; elles peuvent même exister toutes ensemble. Or que d'états pathologiques divers, sans cesser d'avoir une source identique, dérivent de toutes ces combinaisons, et indiquent chacun une tactique thérapeutique différente; et, par conséquent, que d'insuccès doivent venir frapper de défaveur un système de traitement et une opération toujours les mêmes!

Heureusement que l'*analogie* peut nous aider dans la recherche de ce qu'il faut faire; l'*analogie par le moyen de laquelle*, dit fort judicieusement J.-L. Petit, *nous nous émancipons pour ainsi dire à faire des choses que nous n'avons jamais faites, parce qu'elles ont quelques rapports avec d'autres que nous faisons habituellement.*

Or, que de ressemblances entre les voies urinaires et leurs maladies, d'une part, et d'autre part, les voies lacrymales et leurs maladies! Combien la thérapeutique des unes ne doit-elle pas éclairer celle des autres!

Nous voyons en effet d'un côté l'urine sécrétée par une glande qui est le *rein*, descendre par le canal *uretère*, dans le réservoir qui est la *vessie*, sortir enfin de ce réservoir par le canal de l'*urètre*. Nous voyons de l'autre côté les larmes sécrétées par la *glande lacrymale*, se porter par le *canal oculo-palpébral et les conduits lacrymaux* dans une espèce de réservoir qui est le *sac lacrymal*, sortir enfin de ce réservoir par le *canal nasal*.

Nous voyons encore ici se succéder ou se combiner, l'*urétrite*, le *rétrécissement*, la *plénitude* de la vessie, et enfin les *fistules urinaires*, comme nous voyons apparaître là, l'*inflammation*, le

rétrécissement, la *tumeur* et la *fistule lacrymales*, dans un même ordre ou avec des variations qui tiennent plutôt à des différences de forme et de rapports qu'à des différences de structure et de fonctions dans les réservoirs et dans les conduits. Qui doute en effet qu'on ne rencontrât, plus souvent que cela n'a lieu, dans les voies urinaires, des *oblitérations* qui ne sont en réalité qu'un degré très avancé des *rétrécissements*, si les malheureux malades pouvaient patienter jusque-là, sans réclamer des soins et vivre sans uriner, comme on vit presque en pleine santé sans que les larmes arrivent dans les fosses nasales ? Ainsi donc, la connaissance des maladies des voies urinaires, et leur thérapeutique sont plus avancées, que celles des voies lacrymales, parce que la fréquence et la gravité des désordres a plus fortement piqué l'attention et excité la sagacité des chirurgiens et surtout parce qu'en raison de cette gravité on n'a été que trop souvent à même d'allumer le flambeau de l'anatomie pathologique.

Eh bien, puisque les organes, les fonctions et les maladies se ressemblent, suivons pour ainsi dire la trace de la thérapeutique des voies urinaires, dans ce que cette thérapeutique a d'éprouvé, pour arriver à un traitement rationnel et efficace des maladies des voies lacrymales. Pouvoir en effet s'éclairer des analogies, c'est un des plus réels priviléges qui distinguent les chirurgiens encyclopédistes des chirurgiens spécialistes. Les uns s'élèvent dans les considérations générales de la science et de la pratique, tandis que les autres (les exceptions sont d'autant plus honorables qu'elles sont plus rares), ne rabaissent que trop souvent à leur niveau le plus noble des arts ?

Je laisse de côté, sans la juger, la pensée de vouloir modifier les qualités malfaisantes des larmes ou de nos autres humeurs, en combattant un état général de l'économie, parce que dans les cas de diathèse ou de cachexie, surtout s'il s'agissait du cancer, le chirurgien se trouverait en face d'un ennemi trop

redoutable, pour ne pas absorber entièrement ses préoccupations.

De l'analyse de ce double fait de tumeur lacrymale et de sa comparaison avec ceux qui lui ressemblent et nous sont mieux connus, on peut tirer des conclusions applicables au traitement de la maladie que l'on désigne, suivant ses phases, par les noms de *tumeur lacrymale* et de *fistule lacrymale*.

Voici ces conclusions, qui ne sont d'ailleurs que l'écho et la confirmation des opinions émises par mes maîtres.

1° Les antiphlogistiques et les injections émollientes et détersives doivent convenir au début.

2° Plus tard, si le mal devient chronique, il peut être bon de combiner les résolutifs aux désobstruants. C'est ainsi que, entre autres moyens, on peut employer la compression et surtout le cathétérisme de Laforest. En effet, la sonde n'a pas pour unique avantage de désobstruer les voies et de les ouvrir, elle agit encore en comprimant de dedans en dehors. Ce que je dis de la sonde s'applique aux corps étrangers analogues et même à la canule de Dupuytren et au séton.

Mais il n'est pas sûr que leur séjour prolongé, sans en excepter le séton, puisse être généralement d'une incontestable utilité. On sait aujourd'hui, à n'en pas douter, que pour dilater l'urètre ou en modifier la vitalité, il suffit, dans la plupart des cas, d'y faire passer des sondes qu'on retire presque aussitôt après les avoir introduites, et qu'on évite ainsi, sans renoncer à aucun avantage, l'inconvénient très grave du séjour de ces corps étrangers. Je ne pourrais parler ici de quelques exceptions à cette règle sans sortir de mon sujet.

Dans le cas particulier dont il est maintenant question (ai-je besoin de l'ajouter?) le cathétérisme par le canal nasal n'aurait été utile, du côté droit, que pour modifier l'état de la membrane muqueuse du sac, porter sur place des médicaments, et

permettre des injections; on l'aurait du reste exécuté sans obstacle. Mais on n'aurait pas pu le pratiquer par les points et les conduits lacrymaux, puisque ces derniers étaient bouchés à leur entrée dans le sac, à moins qu'il ne se fût agi d'un cathétérisme forcé. Du côté gauche, au contraire, le cathétérisme extrêmement facile, par ces points et conduits, aurait permis de faire des injections. Il eût été très difficile, sinon impossible, mais très utile de le pratiquer par le canal nasal, malgré l'inconvénient de déchirer le tampon muqueux de l'orifice inférieur de ce canal, parce que cela aurait permis, indépendamment des autres avantages, le libre écoulement du muco-pus, ou du moins, facilité beaucoup le dégorgement du sac.

DU

TRAITEMENT DES ABCÈS PAR CONGESTION,

OU DE CEUX QUI DÉPENDENT D'UNE CARIE,[1]

PAR LES INJECTIONS IODÉES,

Par le docteur BOINET,

Membre de la Société de Chirurgie et de la Société de Médecine de Paris, etc., etc.

Les abcès par congestion qui dépendent de la carie des vertèbres, ou d'une grande articulation comme celle du fémur avec le bassin, sont-ils curables? Tous les auteurs anciens et modernes pensent que ces affections sont le plus souvent au-dessus des ressources de l'art, et que les malades succombent quoi qu'on fasse. La gravité de ces abcès est principalement constituée par le siége de la carie, qui, très souvent très éloignée du réservoir de la collection du pus, ne peut être atteinte, ni traitée convenablement, et ensuite par le contact de l'air, soit qu'il provoque l'inflammation des parois du foyer, soit qu'il produise la viciation du pus.

Partant de cette idée que l'accès de l'air dans le foyer des abcès est la cause de tous les accidents, les chirurgiens ont fait tous leurs efforts pour empêcher cette pénétration de l'air. On sait quelle divergence de doctrines les a divisés relativement au traitement de ces abcès par congestion. Les uns croient ne devoir rien faire, ils proscrivent d'une manière générale l'ouverture des collections purulentes, tant qu'elles ne menacent point de s'ouvrir spontanément; d'autres attendent le plus tard possible et même laissent agir la nature. Quelques uns veulent qu'on ouvre de bonne heure. Cependant, quant à la manière de pratiquer l'ouverture, on s'accorde en général à la faire très

petite, et dans cette vue on s'est servi d'un bistouri étroit, d'un trocart, d'un fer mince rougi au feu; on a conseillé les ponctions obliques, sous-cutanées; enfin on a eu grand soin de boucher l'incision ou la piqûre soit avec des emplâtres, soit en procurant la cicatrisation, sauf à répéter l'opération un peu plus tard, lorsque le foyer s'est rempli de nouveau. Dans ces dernières méthodes, les chirurgiens n'ont donc eu en vue qu'une seule chose, c'est d'empêcher ou de retarder autant que possible l'entrée de l'air dans le foyer, circonstance à laquelle on attribue l'inflammation des parois du foyer, la viciation du pus, en un mot, tous les phénomènes de l'infection putride, de la fièvre hectique, qui ne tardent pas à emporter les malades.

Les objections qu'on a faites à ces doctrines sont nombreuses et capitales, car en supposant qu'à l'aide de ces méthodes ou de ces procédés divers d'ouvrir les abcès par congestion, les chirurgiens fussent parvenus à atteindre le but qu'ils proposaient, la non-pénétration de l'air dans le foyer, ils ne seraient encore arrivés qu'à un résultat fort imparfait, et l'avantage obtenu n'aurait été que momentané et par conséquent de peu de valeur, puisque, dans le cas d'occlusion immédiate, il se fait une nouvelle accumulation du pus, et qu'au bout d'un certain temps le foyer se trouve aussi plein qu'avant la ponction. Mais l'objection la plus puissante est que la manière de vider le foyer, qu'elle garantisse ou non du contact de l'air, ne peut en aucune manière mettre un terme à la carie, qui produit du pus d'une manière incessante, et amène toujours une terminaison fatale tantôt plus tôt, tantôt plus tard.

La nouvelle méthode que je propose me paraît avoir l'immense mérite de prévenir tous les accidents que je viens de signaler, en permettant de guérir, en même temps que le foyer, la carie, cause première et principale de l'incurabilité des abcès par congestion. Son avantage sur toutes les méthodes connues

jusqu'à ce jour, est : 1° de pouvoir porter le médicament jusque sur les os cariés ; 2° de prévenir l'infection putride en s'opposant à l'absorption des éléments du pus, qu'il soit vicié ou non. Avec cette nouvelle méthode, l'introduction de l'air dans le foyer, l'inflammation de ses parois, la viciation du pus, ne sont plus que des accidents très secondaires et presque insignifiants, du moment qu'on peut s'opposer sûrement à leur pernicieuse influence.

L'idée de guérir les abcès par congestion et la carie qui les produit, par les injections iodées, remonte à 1839 ; elle me fut suggérée par la guérison d'un vaste abcès de la fosse iliaque interne, contre lequel tous les moyens ordinaires avaient échoué et qu'une injection iodée avait guéri avec une rapidité surprenante. (Cette intéressante observation a été consignée dans la *Gazette médicale*, année 1840, page 605.) Je me bornai alors à constater ce fait et à signaler les conséquences pratiques qui me paraissaient en découler ; à mes yeux il avait une haute valeur et il ne devait point rester stérile, car c'est sur lui que repose la nouvelle méthode que je propose. Depuis ce moment je me suis de plus en plus convaincu des avantages de cette méthode, et des succès nombreux sont venus témoigner de son efficacité, là où les autres moyens thérapeutiques restaient impuissants.

En méditant sur cette question, je crus m'apercevoir que tous les accidents des abcès par congestion tenaient surtout à l'absorption du pus ou de ses éléments, et non à l'inflammation des parois du foyer, inflammation qu'il était même nécessaire de provoquer ; que s'il en était ainsi, l'indication était toute trouvée. En prévenant cette absorption si dangereuse, en guérissant la carie et en mettant les parois des foyers dans des conditions voulues pour leur adhésion, on devait arrêter tous les accidents et procurer une guérison radicale. Dirigé par des vues générales de physiologie appliquées à la pathologie, ayant

bien étudié l'action de la teinture iodique sur nos tissus, je pensai que l'on pourrait par ce moyen s'opposer à la viciation du pus des abcès ouverts, ou même que si le pus venait à être vicié, on pourrait s'opposer à son absorption, et qu'on arriverait ainsi à prévenir tous les accidents de la résorption putride.

Si en effet le séjour d'un pus vicié et fétide dans des cavités où l'air a accès, si le pus des veines enflammées, occasionnent, dans le premier cas, l'infection putride, par l'absorption qui s'exerce incessamment sur les parties solubles de la décomposition du pus, et dans le second, l'infection purulente par l'introduction en nature du pus dans les vaisseaux ; n'est-il pas rationnel de penser que si l'on peut prévenir cette absorption et cette inflammation des veines ou la phlébite, on doit couper court à tous les accidents de résorption putride et d'infection purulente : c'est en effet ce qui a lieu.

Mais ces idées, quoique fondées en théorie, avaient besoin de passer au creuset de la pratique, et c'était chose grave, que d'essayer pour des abcès par congestion, affections ordinairement mortelles, des injections qui, si elles échouaient, entraînaient une mort beaucoup plus prompte, d'une part en favorisant l'entrée de l'air dans le foyer purulent, de l'autre en provoquant l'inflammation de ses parois, etc., aussi je n'osai pas le tenter d'abord, et pour faire l'expérience avec moins de risque, je résolus de procéder du simple au composé, de commencer par des abcès moins graves, avant d'arriver à ceux qui le sont le plus. Dans les vastes collections purulentes, non entretenues par la carie, le danger de la viciation du pus et de son absorption est aussi fort redoutable, et les chirurgiens ne procèdent à l'ouverture qu'avec de grandes précautions. De nombreuses occasions m'ont été offertes de traiter des abcès froids ou chauds par les injections iodées, et les résultats que j'ai obtenus, ainsi

que plusieurs autres praticiens, ne laissent plus aucun doute dans mon esprit sur l'efficacité de cette méthode, je me suis empressé de l'appliquer aux abcès dépendant d'une carie, c'est-à-dire aux abcès par congestion.

Ces abcès, malheureusement, ne sont pas une affection rare, et les chirurgiens pourront facilement essayer une méthode qui, dans tout état de choses, ne peut pas être plus fâcheuse que celles suivies aujourd'hui, puisque avec ces dernières ou sans elles le plus grand nombre des malades succombent. Cependant malgré les publications qui ont été faites sur ce sujet, la conviction de nos maîtres est restée la même : ils n'ont rien changé ni à leur enseignement, ni à leur pratique. Les motifs sur lesquels ils se fondent pour en agir ainsi sont toujours ceux que nous avons indiqués en commençant, qu'il est impossible de guérir la carie dans les abcès par congestion, même avec les injections iodées, et d'empêcher les accidents du pus vicié par le contact de l'air ; ainsi, bien que cette nouvelle méthode date déjà de plusieurs années, quoique ses résultats aient été constatés par plusieurs médecins, vous trouverez peu de chirurgiens qui, ne l'ayant pas examinée par eux-mêmes, ne soient tous disposés à la rejeter sans discussion, de prime abord, comme une chose dont l'idée seule ne peut soutenir la critique. Cette disposition d'esprit est toujours fâcheuse en matière scientifique. Mais à l'aide de faits bien observés, je ferai voir toute l'importance de l'application de cette méthode qui me paraît devoir modifier profondément les idées et la pratique actuelles.

J'ai démontré dans d'autres travaux (1) quelle était l'action de l'iode sur nos tissus : je ne reviendrai pas sur ce point ; mais pour bien faire comprendre par quel procédé la guérison des abcès par congestion a lieu, j'indiquerai brièvement ce qu'on

(1) *Gazette médicale*, n° 38, 1840. —*Id.*, 1846.—*Journal des connaissances médico-chirurgicales*, 1846. — *Gazette médicale*, 1849.

observe sur les parois d'un foyer purulent, mises en contact avec de la teinture iodique. Rappelons-nous d'abord l'anatomie pathologique des abcès en général et des abcès par congestion en particulier. Leur cavité est revêtue d'une fausse membrane; derrière cette fausse membrane il existe une couche plus ou moins épaisse de lymphe plastique infiltrée dans le tissu cellulaire; cette fausse membrane et cette lymphe plastique, en même temps qu'elles isolent les parties environnantes, les préservent du contact immédiat du pus et les mettent à l'abri de l'absorption. Si l'on injecte de la teinture d'iode sur les parois de ces abcès, son premier effet est de cautériser, resserrer, crisper, racornir les tissus qu'elle touche, d'agir en un mot comme certains caustiques; dès lors on comprend pourquoi l'absorption n'est plus possible. Ensuite, sous l'influence de cette teinture, il survient bientôt une véritable fluxion qui revêt les caractères de la phlegmasie la plus légère jusqu'à ceux de l'inflammation la plus violente, selon que la teinture d'iode est plus ou moins concentrée, que son contact a duré plus ou moins longtemps. Alors que se passe-t-il dans ces circonstances? Le sang afflue en plus grande abondance dans les parois du foyer, le tissu cellulaire environnant est infiltré d'une sérosité plus considérable; il est gonflé, et tend à rapprocher les parois du foyer, qui sécrètent, ou si l'on peut dire, suent la matière unissante, qui réunit le tout en une seule masse; alors naît l'inflammation adhésive qui sert comme de barrière à l'inflammation suppurative en déterminant la réunion des parties qui sans cela deviendraient infailliblement le siége de cette dernière. Si le rapprochement du foyer a lieu dans tous ses points, si la période adhésive de l'inflammation se développe sur toutes les parois du foyer, suivant l'intention du chirurgien, sa cure radicale a lieu, et les récidives ne sont plus à craindre.

Quelquefois il ne s'établit qu'une inflammation partielle, soit

parce que toutes les parois de l'abcès n'ont pas été également enflammées et que le gonflement n'a pas été assez considérable pour les mettre au contact, ou parce que l'inflammation, au lieu d'être restée adhésive, est allée trop loin et est devenue suppurative; soit enfin parce que le pus fourni par la carie continue d'être sécrété encore, et que les surfaces cariées n'ont pas encore été modifiées convenablement par le liquide iodique. Dans ces cas, lorsque la période inflammatoire est passée, il faut revenir à une nouvelle injection et continuer ainsi jusqu'à ce que la surface cariée et les parois du foyer soient modifiées, changées, et aient revêtu des caractères qui les rendent favorables à l'adhésion. Chose remarquable, c'est que chaque injection apporte une modification marquée sur la nature du liquide qui provient de l'abcès. Après avoir présenté différents caractères, subi divers changements dans sa composition, de séreux qu'il était d'abord, il devient grisâtre, brun couleur chocolat, fétide, puis peu à peu de bonne nature, puis enfin il se transforme en sérosité, en liquide aqueux, en véritable lymphe. A chaque injection on remarque la diminution de la cavité du foyer, ses parois ont moins d'étendue, et la quantité de liquide à injecter est moins grande dans ces circonstances; les phénomènes de réaction sont moins prononcés.

Un autre fait qui nous a été démontré par ces injections, c'est qu'on peut se dispenser de fermer l'ouverture de la ponction. Après une injection iodée, l'introduction de l'air dans la cavité injectée ne paraît offrir aucun inconvénient; il est probable que l'innocuité de l'air, dans les foyers soumis aux injections iodées, vient de ce que les parois de ces foyers ne sont plus susceptibles d'absorption, par suite de la modification qu'ils subissent par le contact de la teinture iodique, et probablement aussi parce qu'il n'existe plus de liquide purulent qui puisse être altéré par l'air. On sait avec quelle rapidité se remplit de

nouveau un foyer purulent qu'on vient de vider et quels grands dangers il y a à laisser ces foyers en communication avec l'air extérieur. Ces dangers ne sont plus à craindre après l'injection iodée, car si les parois du foyer n'absorbent plus, ils ne sécrètent que très peu au moins dans les premiers jours qui suivent l'injection; il en résulte donc que l'air qui peut s'introduire dans un foyer purulent ne peut pas vicier le pus qui n'y existe plus; qu'il n'y a plus par conséquent d'altération, de viciation et d'absorption possibles du pus, et qu'enfin ces accidents si terribles d'infection purulente, de résorption et d'infection putrides n'ont pas lieu. Il est bon sans doute de prendre toutes les précautions conseillées pour les ponctions obliques ou sous-cutanées; mais la plupart des faits que nous avons observés nous ont appris que ces précautions ne sont pas indispensables, surtout après les deux ou trois premières injections.

Avant de rapporter des observations particulières, un mot d'abord sur le temps où il convient d'ouvrir les abcès par congestion. Il faut les ouvrir le plus tôt possible, dès qu'on y sent de la fluctuation. Boyer a donné d'excellentes raisons de cette manière de faire, raisons que nous admettons tout à fait, mais à un autre point de vue que ce grand chirurgien. Dans ces sortes d'abcès, dit-il, le danger vient de l'étendue de la carie et de la grandeur du foyer purulent. Au commencement de la maladie, la carie a peu d'étendue, mais elle augmente peu à peu, à mesure qu'on s'éloigne du moment où le mal s'est montré; en sorte que, quand la maladie est ancienne, on trouve à l'ouverture du corps les vertèbres cariées dans une large surface. De même l'étendue du foyer est d'abord peu considérable et la quantité du pus qu'il contient, médiocre; mais la quantité de ce liquide augmente de jour en jour, ainsi que la grandeur du foyer qui le renferme. En considérant les abcès par congestion sous ce double rapport de l'étendue de la carie et de la gran-

deur du foyer, on voit clairement qu'ils doivent être d'autant plus graves et plus dangereux qu'ils sont plus anciens et plus volumineux ; car d'un côté on peut d'autant moins espérer la guérison de la carie, qu'elle a fait des progrès plus considérables, et de l'autre, l'étendue du foyer rend le rapprochement de ses parois moins facile, la suppuration plus abondante. Si l'on joint à ces raisons si justes l'affaiblissement progressif de la constitution du malade, il sera évident que plus les parois seront étendues, plus leur rapprochement, leur adhésion et leur cicatrisation offriront de difficultés, plus aussi la guérison de la carie sera longue et difficile.

Quant à la quantité de teinture d'iode à injecter, elle varie suivant l'étendue du foyer, mais elle doit être suffisante pour pouvoir pénétrer dans toutes les anfractuosités du foyer, les toucher, les imprégner pendant quatre ou cinq minutes au moins, après quoi on en laisse s'écouler la plus grande partie ; écoulement qui quelquefois se fait difficilement, car la teinture d'iode produit sur le pus et sur le sang une espèce de coagulum qui souvent bouche la canule du trocart et empêche le liquide injecté de sortir ; mais quand cette sortie peut avoir lieu facilement, on peut sans inconvénient laisser dans le foyer le quart ou le tiers de l'injection.

La composition de l'injection peut varier aussi : on peut dire d'une manière générale qu'on doit donner la préférence à la teinture d'iode mélangée de parties égales d'eau et qu'on doit y ajouter un peu d'iodure de potassium, pour rendre plus complète la dissolution de l'iode. Ainsi j'ai l'habitude d'ajouter 4 grammes d'iodure de potassium pour 100 grammes de teinture alcoolique d'iode. Je fais toujours les deux ou trois premières injections, en ajoutant à la teinture d'iode parties égales d'eau ; mais pour les injections suivantes j'emploie souvent la teinture d'iode pure, et jamais je n'ai vu survenir le plus petit

accident, même dans de vastes foyers. Les faits parleront plus haut que tous les raisonnements. Les quatre observations suivantes d'abcès par congestion, ayant un siége différent, et guéries radicalement par les injections iodées, démontreront que la théorie est ici d'accord avec la pratique.

La première de ces observations est celle d'un individu de trente-quatre ans, ayant un abcès par congestion dépendant de la carie de l'articulation coxo-fémorale. Cette affection, qui datait de nombreuses années, avait résisté à tous les traitements mis en usage par les praticiens les plus experts et les plus éclairés : elle a été complétement guérie dans l'espace de huit mois par les injections iodées.

PREMIÈRE OBSERVATION.

Carie de l'articulation coxo-fémorale droite, abcès par congestion, plusieurs ouvertures fistuleuses ; injections iodées. — Guérison par ankylose. (Ce malade a été présenté à la Société de chirurgie, dans la séance du 4 septembre 1850.)

Dans le mois de juin 1846, je fus appelé pour donner des soins à M. R., ancien huissier, demeurant à Montmartre, chaussée Clignancourt, n° 45. Ce malade, âgé de trente-quatre ans, d'une bonne constitution, d'un tempérament sanguin, né de parents sains, ne se rappelle pas avoir été jamais malade; il n'a eu ni gourmes dans la tête, ni ganglions engorgés ; il avait toujours joui d'une bonne santé jusqu'à l'âge de treize ans : c'était en 1825. La première infirmité qu'il ressentit fut une faiblesse dans la jambe et la cuisse droites; il était alors au collége d'Évreux. Cette prétendue faiblesse le faisait boiter, n'était pas accompagnée de douleurs et ne l'empêcha pas d'abord de jouer avec ses camarades; mais bientôt elle augmenta : il fut obligé d'avoir recours à des béquilles pour marcher, et ensuite de prendre le lit où il resta près de deux ans. Pendant ce séjour au lit, il perdit toutes ses forces, dépérit considérablement, et se trouva réduit à un état de marasme complet. Il éprouvait de vives douleurs dans la hanche et le genou, et tout le membre inférieur droit, qui s'était atrophié. Il ne survint aucun abcès ni gonflement autour de la hanche. Au bout de ce temps, il commença à se lever, put faire quelques pas en s'appuyant sur les meubles et les chaises de l'appartement, et finit enfin par pouvoir prendre de nouveau ses béquilles. Il vint à Paris pour consulter

le professeur Dubois père, qui conseilla le repos et des bains. De retour chez lui, il marcha avec ses béquilles jusqu'à la fin de 1830, époque où il revint à Paris pour y faire son droit : il avait alors dix-huit ans. Son membre droit était très amaigri, moins volumineux et plus lourd que celui du côté opposé, mais sa santé générale s'était bien améliorée ; il se portait bien, reprit de la mine, de l'embonpoint et se sentait fort. Pour marcher, il s'aidait seulement d'une canne, qu'il oubliait même quelquefois. De tous les accidents qu'il avait éprouvés, il lui restait une claudication prononcée, mais qui ne l'empêchait pas de faire de longues courses.

De dix-huit à trente-quatre ans, il fut tour à tour étudiant, clerc de notaire, d'avoué, et enfin huissier à Dreux. Il était arrivé à se passer d'une canne pour marcher ; il pouvait chasser toute une journée, monter à cheval presque tous les jours pour ses fonctions d'huissier qu'il exerça de 1838 à 1845 ; enfin il menait la vie la plus active, ce qui eut lieu pendant l'espace de quinze à seize ans.

En mars 1845, il éprouva de nouveau et sans cause connue une douleur dans le talon et le genou, ce qui ne l'empêcha pas de vaquer à ses occupations pendant un certain temps encore, et de continuer la vie active qu'il avait depuis plusieurs années ; mais bientôt la douleur se fit sentir dans la hanche droite et le força de s'arrêter. M. Maréchal, de Dreux, qui fut consulté, fit appliquer des vésicatoires volants sur les points douloureux, et l'envoya aux eaux de Bagnolles (Orne) ; il y resta un mois. A son retour, il remarqua à la partie supérieure et externe de la cuisse une tumeur fluctuante qui fut ouverte par son chirurgien et donna issue à beaucoup de matière purulente. Plus tard, de nouvelles tumeurs apparurent autour de la hanche et de la partie supérieure de la cuisse. De ces tumeurs, les unes furent ponctionnées, les autres s'ouvrirent spontanément. Il ne quitta pas le lit pendant quatre ou cinq mois : ses forces s'épuisèrent, sa santé se détériora de jour en jour, sa maigreur devint extrême et les douleurs plus vives, surtout dans la hanche. M. le professeur Roux fut appelé à Dreux. C'était au commencement de 1846. Les conseils de ce chirurgien n'ayant procuré aucune amélioration, le malade se fit transporter à Paris vers la fin d'avril de la même année. Il reçut encore les soins de M. Roux et ceux de M. Velpeau, et se confia ensuite à mes soins vers la fin de juin 1846. Il était dans l'état suivant :

M. R. n'avait pas quitté le lit depuis un an ; il était maigre, affaibli, mais sa constitution paraissait bonne : tous les organes étaient en bon état. Couché sur le dos, la jambe droite demi-fléchie est appuyée sur le talon ; autour de la hanche et de la partie supérieure externe et interne de la cuisse droites existe de l'empâtement, de la tuméfaction et plusieurs ouvertures fistuleuses.

On remarque aussi plusieurs cicatrices irrégulières rougeâtres dues à des abcès qui s'ouvrent et se referment de temps en temps. Les fistules fournissent continuellement de la suppuration; elles sont situées, l'une dans la région inguinale droite, une autre à la partie supérieure et externe de la cuisse, une troisième à la partie moyenne et postérieure, et la dernière enfin à sa partie interne, à la réunion du tiers moyen avec le tiers supérieur. Toutes ces ouvertures d'abcès sont très douloureuses, et le malade permet à peine de les sonder. Cet examen, fait avec un stylet et une sonde de femme, indiquent leur étendue jusqu'aux os, qu'on sent à l'extrémité des instruments, et leur direction vers l'articulation coxo-fémorale. Des clapiers et des décollements existent dans plusieurs endroits. La moindre pression sur ces parties, le moindre mouvement du membre arrache des cris au malade. Il y a un raccourcissement considérable. La partie inférieure de la cuisse et toute la jambe sont considérablement diminuées de volume et d'une maigreur qui fait contraste avec la partie supérieure.

Comme traitement général, le malade fut mis à l'usage de l'iodure de potassium d'abord, ensuite aux pilules d'iodure de fer, et enfin à l'huile de foie de morue. Son régime fut fortifiant. Des cataplasmes arrosés de laudanum furent appliqués sur l'articulation coxo-fémorale, et le creux du jarret soutenu par un oreiller, afin de maintenir le membre et son articulation dans l'immobilité la plus complète. Pour traitement local, des injections iodées furent poussées et répétées tous les sept ou huit jours, tantôt dans toutes les fistules à la fois, tantôt dans quelques unes seulement. Pendant le cours de ce traitement, plusieurs abcès se formèrent et furent ouverts et injectés comme les autres; ces injections produisaient une douleur assez vive. Plusieurs fois ces fistules s'oblitérèrent, puis s'ouvrirent, et finirent enfin par se cicatriser tout à fait. Au bout de six mois de ce traitement, il ne restait plus qu'un point fistuleux placé dans l'aine; il se tarit à son tour, et deux mois plus tard la guérison était complète. Pendant ce traitement, je fis lever le malade dès qu'il le put : il se mit d'abord sur un fauteuil, puis essaya de marcher dans l'appartement en se traînant d'un meuble à l'autre ou à l'aide d'une chaise, et finit par prendre des béquilles. Peu à peu, la marche devint de plus en plus facile, et à la fin de son traitement il pouvait marcher avec une canne dans l'appartement et sortir au dehors avec ses béquilles; il était guéri, avec une ankilose de l'articulation coxo-fémorale. Sa santé générale s'améliora rapidement, ses forces revinrent, sa maigreur fit place à un embonpoint raisonnable, et il put enfin se promener et marcher sans éprouver de fatigue. Depuis bientôt trois années que cette guérison a eu lieu, elle ne s'est pas démentie : les fistules sont restées fermées, la cuisse et la jambe, sous l'influence de l'exer-

cice, ont repris du développement, et le malade marche avec facilité, malgré l'ankilose de l'articulation coxo-fémorale; il peut même parcourir de longs espaces sans se fatiguer, et à l'aide d'une canne seulement. Une différence de plus de trois pouces entre les deux membres cause une claudication qui est diminuée par l'usage d'un talon plus élevé, et la marche a lieu sans fatigue aucune.

L'observation suivante n'est pas moins intéressante que celle qu'on vient de lire; elle a été publiée dans la *Gazette médicale* en 1849, et est extraite d'un travail sur la valeur des injections iodées dans la thérapeutique chirurgicale. Ce travail a été mentionné par la société de médecine et de chirurgie de Toulouse, à laquelle je l'avais envoyé. (Voir le compte rendu des travaux de cette Société, année 1849.)

DEUXIÈME OBSERVATION.

Abcès froid résultant d'une carie du sacrum, guéri par huit injections iodées.

Une demoiselle âgée de trente-huit ans, rentière, d'une constitution lymphatique, sèche, d'un tempérament nerveux, hystérique, d'un caractère gai, n'ayant jamais eu une bonne santé, s'occupant habituellement des soins du ménage, me fit appeler pour une petite tumeur qu'elle avait remarquée à la partie inférieure du dos. Cette personne, que je soigne depuis longtemps, a été réglée à dix-huit ans. Depuis cette époque ses mauvaises semaines ont toujours été très régulières, mais l'écoulement est peu abondant. Jamais de flueurs blanches; elle habite un premier, sain, bien sec et bien aéré; elle ne sort jamais, et ne prend d'exercice que celui que réclame le soin de son ménage. Sa nourriture est bonne.

Il y a environ quatre ans, elle ressentit dans la fesse et la cuisse droites une douleur vive, continue, qui occupait tout le trajet du nerf sciatique. Cette douleur fut prise et traitée sans succès pendant deux ans pour une névralgie sciatique. Sa véritable cause n'avait pas été soupçonnée.

Dans les premiers jours du mois d'août 1847, je fus appelé pour donner mon avis sur une grosseur non douloureuse qui s'était développée à l'insu de la malade et qui siégeait à la partie inférieure de la colonne vertébrale, au-dessus de l'intervalle qui sépare les deux fesses, un peu à droite. La malade,

que je n'avais pas visitée depuis plus de quatre mois, ne souffrait pas davantage de sa prétendue sciatique.

L'examen de cette tumeur m'apprit qu'elle était purulente et de la nature des abcès froids, et le résultat probable d'une carie du sacrum, ce qui d'ailleurs fut confirmé plus tard par l'introduction d'un stylet. Je ferai remarquer, en passant, que probablement les causes de la douleur de la jambe et de la cuisse, douleurs qui existaient depuis plus de deux ans, et que nous avions prises pour une névralgie sciatique, étaient la carie du sacrum. Je ne sache pas que cette possibilité de diagnostic, entre la carie vertébrale et la névralgie sciatique, soit indiquée dans les auteurs; aussi ai-je cru devoir le faire remarquer ici, pour mettre en garde les praticiens contre pareille erreur, et les empêcher de perdre leur temps à traiter une affection qui n'est que symptomatique d'une autre plus grave.

Le 8 août 1847, avec un trocart ordinaire, je fis une ponction à la base de la tumeur, mais avec la précaution, avant d'arriver dans le foyer purulent, de traverser environ 2 centimètres de parties saines. Le pus s'écoula facilement; il était clair, séreux, verdâtre, et sa quantité était d'environ 40 grammes. Un stylet introduit par le canal du trocart, me donna la certitude que l'os était dénudé dans une étendue assez considérable. Cet examen était parfois très douloureux pour la malade. Je fis immédiatement une injection iodée avec de la teinture pure et environ 40 grammes. Mon but était de toucher toutes les parois de ce foyer purulent, avec la préparation iodique, que je laissai séjourner environ cinq minutes, ayant soin, pendant tout ce temps, de malaxer, de pétrir légèrement les parties, afin de bien faire pénétrer partout la teinture d'iode. J'en laissai sortir environ les trois quarts et retirai la canule. Un morceau de diachylon fut placé sur la piqûre du trocart, qui le lendemain était cicatrisée. Au moment de l'injection, la douleur ressentie par la malade fut très vive et se prolongea pendant plusieurs heures. Aucun symptôme de réaction générale. La malade put se lever et vaquer à ses occupations ordinaires. Pendant quelques jours, il ne se passa rien d'extraordinaire dans cette tumeur, mais elle revint peu à peu, et au bout de dix jours elle avait repris son développement primitif.

Une seconde ponction et une seconde injection furent pratiquées de la même manière et avec les mêmes résultats. Jusqu'au mois de janvier huit ponctions et huit injections furent successivement pratiquées; jamais il n'est survenu le plus petit accident. Les règles ont coulé comme d'habitude, et la malade ne s'est pas arrêtée un seul instant, si ce n'est le jour de la ponction, où je la faisais rester au lit. Après chaque injection, une certaine quantité de teinture d'iode a été laissée dans la cavité du kyste, et une compression avec

de la charpie et du linge était exercée sur la tumeur. Après les quatre premières ponctions, la tumeur reprit assez rapidement son volume primitif, et la nature du pus était à peu près la même; mais à partir de ce moment il éprouva les modifications suivantes : il devint de plus en plus séreux, aqueux, non coloré; à la fin il ressemblait à de la sérosité roussâtre. Le volume de la tumeur diminuait en même temps; sa circonférence s'est rétrécie peu à peu, et le fond s'est rempli. A la pression, on ne constate plus cette dépression, cette excavation qu'on sentait sous la peau. Celle-ci est adhérente dans toute son étendue; il existe au-dessous d'elle une espèce d'élasticité qui prouve la présence d'un tissu cellulaire de nouvelle formation. La malade ne souffre plus de ses douleurs de la cuisse et de la jambe. Son état général est beaucoup meilleur.

Notre honorable confrère le docteur Abeille, médecin en chef de l'hôpital de Givet, auteur d'un mémoire très intéressant sur les injections iodées, mémoire qui a été couronné par la Société de médecine et de chirurgie de Toulouse, et qu'il a publié dans la *Revue médicale* de 1849, rapporte l'observation d'une jeune fille de vingt et un ans qu'il a guérie, en quelques mois, d'abcès par congestion, produit par la carie de plusieurs vertèbres cervicales. Cette observation est trop importante pour que nous la passions sous silence.

TROISIÈME OBSERVATION.

Carie de plusieurs vertèbres cervicales. Plusieurs abcès par congestion. — Guérison par les injections iodées (1). (*Revue médicale*, juin 1849, p. 113.)

Mademoiselle Labesse, jeune fille de vingt et un ans, grande, bien proportionnée, à chair blanche, à peau fine, est issue de parents scrofuleux. Elle est cadette de deux sœurs qui se sont toujours bien portées cependant. Sa mère

(1) Dans l'endroit de son mémoire où M. Abeille rapporte son observation, il dit : « Je ne sais si quelque chirurgien les a essayées en cas pareil (les injections iodées dans les abcès par congestion). J'avoue mon ignorance; mais ce que je sais, c'est que malgré l'usage fréquent que j'avais fait de ce moyen, dans un grand nombre de circonstances, je n'avais jamais eu la hardiesse de chercher à en tirer parti, dans les abcès par congestion, et ne l'avais point encore abordé lorsque j'envoyai mon mémoire à la Société de médecine

est morte de bonne heure à la suite d'affection chronique de la poitrine; son père, qui vit encore, a eu, dans le courant du mois de février, deux abcès scrofuleux, assez étendus, à la région cervicale droite, pour lesquels je lui ai donné des soins. Cette jeune personne porte autour de son cou de vastes et irrégulières cicatrices qui sont dues à des abcès scrofuleux qu'elle a eus dans un âge un peu moins avancé.

Depuis dix ans, elle ressentait des douleurs plus ou moins vives à la région cervicale postérieure et correspondant aux apophyses épineuses des troisième, quatrième et cinquième vertèbres de cette région. Un point douloureux existait aussi vers l'apophyse transverse de la quatrième vertèbre du cou. La malade était confiée aux soins du médecin d'une fabrique de pipes, où elle travaillait, à Givet. Il ne fut rien fait pour ces douleurs qui finirent par amener la presque impossibilité des mouvements du cou, tant dans le sens de la flexion que de la rotation. Bientôt l'appétit se perdit avec les forces, les règles se supprimèrent, une pâleur considérable se peignit sur les traits, les extrémités inférieures s'infiltrèrent, puis deux tumeurs commencèrent à saillir : l'une plus grande, vers la région lombaire gauche, l'autre moins volumineuse, en dehors de l'angle inférieur de l'omoplate du même côté. Ces deux tumeurs augmentèrent graduellement de volume, et le 17 mars, cette fille se présentait à moi pour réclamer mes soins. Une toux sèche existait depuis deux mois et demi ou trois mois; sa respiration était gênée parfois, et la marche ne pouvait s'effectuer que péniblement. L'ascension donnait des palpitations à étouffer. Un léger mouvement fébrile accompagnait tous ces désordres.

Quand je vis la malade pour la première fois, la tumeur inférieure avait bien six pouces de diamètre, et présentait une fluctuation assez profonde, à cause de l'épaisseur du tissu. La sous-scapulaire n'avait guère que trois pouces et demi à quatre pouces, et laissait plus difficilement encore percer la fluctuation.

Je soupçonnai deux abcès par congestion. La pression, exercée avec prudence à la région cervicale endolorie, me révéla la souffrance des apophyses épineuses des vertèbres précitées, ainsi que de l'apophyse transverse gauche

de Toulouse. » Il n'est pas douteux, d'après sa propre déclaration, que M. Abeille ignorait qu'on pouvait guérir les abcès par congestion par les injections iodées, avant l'envoi de son mémoire qui n'en disait mot, mais il ne pouvait l'ignorer lors de la publication de ce mémoire sous le n° de juin 1849 de la *Revue médicale*, puisque, comme lauréat de la Société de médecine de Toulouse, il avait reçu le compte rendu des travaux de cette Société, et avait dû lire à la page 149 que les injections iodées avaient été employées avec succès dans un abcès symptomatique d'une carie du sacrum.

de la quatrième. Ces douleurs pouvaient bien être le résultat d'un ramollissement tuberculeux du tissu spongieux de ces portions d'os. Je proposai préalablement l'application de six cautères à la potasse, sur les divers points douloureux. Cette application fut acceptée et exécutée séance tenante.

La malade fut soumise à l'usage de l'iode pur, à doses croissantes, en commençant par 25 centigrammes et arrivant jusqu'à un demi-gramme par jour. Elle dut prendre également le sous-carbonate de fer, tous les jours la décoction de feuilles de noyer. Elle fut soumise à un régime nutritif et un peu tonique. Après un mois de traitement, la menstruation reparut, les extrémités inférieures se désenflèrent, la faiblesse générale diminua; en un mot, une amélioration générale du sujet se manifesta. Je crus le moment opportun pour ponctionner le plus grand des deux abcès.

Par une ponction sous-cutanée, j'évacuai environ 300 grammes d'un pus séreux, mal lié ou plutôt pas lié du tout, contenant en suspension des détritus organiques, des grumeaux. Une injection iodée entière fut pratiquée immédiatement et ne causa aucune douleur vive; 60 grammes environ du liquide injecté, furent laissés dans la cavité. En huit jours, l'abcès s'était reproduit : nouvelle ponction, nouvelle injection. C'était le 30 avril.

Le 3 mai, l'abcès sous-scapulaire fut ponctionné et injecté à son tour, comme le précédent. Tous les deux furent ponctionnés et injectés quatre fois; à la quatrième ponction, la collection était réduite des trois cinquièmes et plus; les tissus, auparavant décollés, commençaient à adhérer dans toute leur circonférence. Je pratiquai enfin une ponction directe sur chaque abcès, afin de pouvoir les injecter tous les jours. Après chaque injection, qui était à parties égales de teinture et d'eau, l'ouverture était obturée avec un morceau de taffetas agglutinatif. L'état général de la malade était parfaitement satisfaisant; les forces renaissaient; une seconde menstruation se montrait; les douleurs du cou étaient dissipées, et la malade pouvait le mouvoir aisément en tous sens. Les cautères donnaient encore, ce qui n'empêcha pas mademoiselle Labesse de reprendre aussitôt ses travaux à la fabrique. L'appétit était très vif; inutile de dire que le traitement général était suivi exactement. Enfin le 3 juin, quelques jours avant mon départ de Givet, la cicatrisation était achevée dans ces deux abcès, et la jeune personne avait un aspect de santé confirmée.

Ce qui m'a donné la conviction que j'avais eu affaire à deux abcès par congestion, c'est d'abord le début de la maladie, l'origine des abcès succédant aux douleurs cervicales, l'endolorissement des apophyses des vertèbres, endolorissement si bien circonscrit, la position des abcès, la nature du liquide, et par-dessus tout, les décollements excessivement vastes, s'étendant, pour le

plus grand abcès, jusqu'à la quatrième vertèbre cervicale, ainsi que j'ai pu m'en assurer par l'introduction d'une sonde flexible, qui remontait le long de la gouttière vertébrale jusqu'à environ un pouce ou un pouce et demi du lieu indiqué.

La dernière observation est celle d'un enfant de neuf ans, atteint d'une carie vertébrale avec un vaste abcès par congestion. Cet enfant était réduit à la dernière extrémité : fièvre, marasme, et dans une position si grave que plusieurs chirurgiens, qui l'avaient visité et lui avaient donné des soins, avaient annoncé une terminaison prompte et fatale. Cinq injections iodées l'ont guéri dans l'espace de trois mois, et l'état général de sa santé s'est rapidement amélioré et d'une manière complète. La gibbosité qu'il porte a diminué, et il a grandi de plusieurs centimètres.

QUATRIÈME OBSERVATION.

Carie de la colonne vertébrale; gibbosité. Vaste abcès par congestion. — Cinq injections iodées. — Guérison. (Ce malade a été présenté à la Société de chirurgie.)

Au mois de novembre 1849, je fus appelé par M. T. Martin pour Léon Manetche, âgé de neuf ans, demeurant rue Saint-Dominique Saint-Germain, n. 108. Cet enfant, quoique d'une constitution faible, chétive, n'a jamais été gravement malade. Il est né d'une mère forte et bien portante qui a eu cinq enfants, dont trois morts en venant au monde avant terme. Il a une sœur plus jeune que lui d'un an et dont la santé a toujours été très bonne. Son père est de constitution strumeuse, d'une mauvaise santé, qui cependant ne l'empêche pas de vaquer à ses occupations qui sont peu fatigantes; il a presque toujours mal aux yeux, est âgé de trente-cinq ans, et le dernier de sept enfants, tous morts à un âge peu avancé. Léon Manetche est venu au monde à sept mois et demi, a été vacciné, a eu la rougeole, la coqueluche, des gourmes dans la tête, mais nulle autre maladie ni mal aux yeux ou aux oreilles; ne s'enrhume pas, ne tousse jamais, a bon appétit, mange beaucoup, digère bien, et n'a jamais de dévoiement. Il est grand dormeur, a fréquemment des épistaxis, se fatigue du moindre exercice, quoique très joueur et ami du mouvement.

Il y a environ deux ans, il ressentit dans la cuisse droite une douleur dont on ignore la cause. Cette douleur n'était disparue que depuis cinq mois, lorsqu'en jouant à l'école il fit une chute. C'était vers la fin de mars 1849. Cette chute, dont il ne se plaignit pas d'abord, ne l'empêcha pas d'aller à l'école et d'y jouer comme d'habitude; seulement il éprouvait de la douleur dans les reins, et cette douleur n'était jamais si sensible que lorsqu'il voulait se bais-

ser ou se relever; d'ailleurs il jouissait d'une bonne santé, était fort et agile pour son âge. Le 1er mai 1849, deux mois après la chute, sa mère remarqua une saillie assez prononcée le long de la colonne vertébrale, vers le bas du dos. Il fut alors confié aux soins de M. Martin, qui le plaça sur un lit préparé *ad hoc*, et maintenu par des courroies. A cette époque il n'existait aucun signe d'abcès par congestion, il n'existait non plus aucune douleur dans la région dorsale ni dans les parties environnantes; mais quelque temps après, la fesse et la partie supérieure et postérieure de la fesse se tuméfièrent peu à peu et offrirent les signes de la fluctuation : il existait un abcès par congestion qui, au mois de novembre, à l'époque où je vis le malade, avait un volume considérable. Il était dans l'état suivant : d'une constitution faible, lymphatique, d'une pâleur et d'une maigreur extrêmes, d'une santé détériorée, il avait conservé son appétit et mangeait bien; il n'avait pas de dévoiement, mais la peau était chaude, sèche et le pouls fébrile. Il ne tousse pas, mais dans le poumon droit la respiration est rude et moins bonne que dans le poumon gauche; il a tous les signes d'un vice scrofuleux porté au dernier point. En le faisant coucher sur le ventre, ce qu'il fait avec peine, on voit, vers la onzième ou douzième vertèbre dorsale, une saillie anguleuse très prononcée, formée par l'apophyse épineuse de l'une de ces vertèbres. La peau, qui recouvre cette saillie est saine; à 7 ou 8 centimètres en dehors et un peu au-dessous, à droite, existe une tumeur mal circonscrite, à large base, dont le centre est fluctuant. De ce côté, la fesse est bien plus volumineuse que la gauche, ainsi que le commencement de la cuisse; on sent dans ces parties une fluctuation qui annonce qu'un abcès considérable a envahi toutes ces parties et semble s'étendre depuis le dos jusqu'à la partie moyenne et interne de la cuisse, en passant en arrière sous les muscles fessiers. Par le toucher, il est facile de faire refluer le liquide contenu dans cet abcès, d'un point à un autre. La peau n'est amincie dans aucun endroit, et a conservé partout sa couleur naturelle.

Le 18 novembre 1849, en présence de MM. Martin et Hutin, chirurgien en chef des Invalides, je fis avec un trocart une ponction qui donna issue à plus d'un litre et demi d'un pus clair, séreux, semblable, en un mot, à celui des abcès froids. Par des pressions faites convenablement je cherchai à vider ce foyer de toute la matière purulente qu'il contenait, et par la canule du trocart que j'avais laissée en place, j'injectai environ 120 grammes de teinture d'iode, composée comme il suit :

Teinture alcoolique d'iode . .	60 grammes.
Eau.	60 grammes.
Iodure de potassium. . . .	2 grammes.

Cette injection séjourna environ cinq minutes dans le foyer, puis j'en laissai s'écouler environ les trois quarts, après avoir malaxé, pressé toutes les parties, dans le but de mettre cette injection en contact avec toute la surface des parois de l'abcès. La canule du trocart que j'avais enfoncée à deux centimètres de la base du foyer, dans les parties saines, fut retirée et un morceau de diachylon appliqué sur la piqûre; puis des cataplasmes furent appliqués pour prévenir et combattre l'inflammation s'il en survenait, ce qui n'arriva pas. Il n'y eut pas la moindre réaction. L'injection ne fut nullement douloureuse, et le malade ne s'en plaignit, ni le jour de l'opération, ni les jours suivants. Il fut en même temps soumis à un régime tonique, à l'usage de pilules d'iodure de fer et d'huile de foie de morue.

Deux jours après cette injection, le foyer purulent paraissait aussi plein qu'au moment de la ponction, la fluctuation était manifeste, les parties molles aussi, tendues, et tout annonçait qu'un nouveau liquide s'était épanché, mais le malade n'en éprouvait rien de fâcheux. L'appétit et le sommeil étaient aussi bons que d'habitude; les digestions se faisaient également bien.

Le 28 novembre, dix jours après la première injection, j'en fis une seconde après avoir fait une ponction, comme la première fois, mais à deux ou trois centimètres au-dessus de la première, qui était entièrement cicatrisée et n'avait donné lieu à aucun suintement. Cette fois, le liquide qui s'écoula n'était plus clair, ni séreux, ni semblable à du pus d'abcès froid : il était grisâtre, couleur chocolat, exhalant une odeur fétide, et en quantité moitié moins grande que la première fois, quoique la tumeur parût aussi considérable qu'au moment de la première ponction. Cette différence venait probablement de ce que les parois du foyer purulent avaient éprouvé un gonflement inflammatoire qui avait diminué la capacité de l'abcès. Une nouvelle injection iodée, composée comme la première, mais de 60 grammes seulement, fut pratiquée, les mêmes précautions furent prises pour faire pénétrer le liquide injecté dans toutes les anfractuosités de l'abcès. Cette fois, au bout de vingt-quatre heures, il se développa une inflammation assez intense; toutes les parties externes correspondant à l'abcès se tuméfièrent, devinrent chaudes, douloureuses et le siége d'élancements; le malade eut de la fièvre, de la soif, de l'insomnie. Tout ce cortége d'accidents inflammatoires ne dura que vingt-quatre heures, et céda assez promptement aux émollients tant à l'intérieur qu'à l'extérieur; puis, peu à peu, tout revint à l'état ordinaire; la fesse et la cuisse diminuèrent de volume, l'abcès semblait guéri au niveau de la fesse et dans toute la partie postérieure de la cuisse, là où la fluctuation avait toujours été la plus sensible. Depuis ce moment, d'ailleurs, la guérison ne s'est pas démentie dans ces parties. A la partie interne et supérieure de la

cuisse et à la partie inférieure du dos, il existait encore de la fluctuation, et à la cuisse la peau était rouge, amincie et menaçait de s'ouvrir. Le 14 décembre, j'ouvris cet abcès avec une lancette, d'où sortit encore un pus grisâtre, de mauvaise nature, fétide. Le foyer de cet abcès communiquait avec celui du dos, qui se vida comme après les autres ponctions. 30 grammes de teinture d'iode purent pénétrer par l'ouverture faite à la cuisse; le malade avait été placé la tête plus basse que le reste du tronc, et de telle façon que le liquide injecté pût descendre par son propre poids dans le foyer de l'abcès situé au dos. Cette nouvelle injection, pour laquelle on ne prit aucune précaution pour empêcher son écoulement, si ce n'est la position du malade, ne causa aucune douleur et n'amena aucun accident. Pendant les premiers jours, un pus sanieux, couleur chocolat, s'écoula par l'ouverture de la lancette, puis il devint de meilleure nature, diminua de quantité et devint séreux. La cuisse avait repris son volume et sa forme normale; les parois de ce foyer semblaient être recollées dans toutes ses parties inférieures; le malade avait continué de rester couché, la tête et les épaules plus basses que le bassin et les membres, de façon que le liquide purulent remontait vers sa source. A la partie inférieure du dos, au niveau et au dehors des premières vertèbres lombaires, du côté droit, derrière la surface externe et postérieure de l'os des iles, était encore une tumeur, où la fluctuation était très évidente. Avec une lancette, j'ouvris cet abcès dans son centre : du pus fétide, rougeâtre, couleur chocolat, s'écoula aussitôt. Après avoir vidé ce foyer, je fis, par l'ouverture de la lancette, une injection d'environ 15 à 20 grammes de teinture iodique. Cette fois, j'employai la teinture d'iode pure; c'était le 22 décembre. Cette injection ne ressortit pas; quelques bulles d'air et du liquide de l'injection apparurent à l'orifice fistuleux de la cuisse. Cette nouvelle injection fut aussi simple que la précédente. Des cataplasmes furent continués, et le malade continua de se lever, ce qu'il faisait depuis huit jours. Seulement, lorsqu'il était couché, on lui tenait toujours la partie supérieure du tronc plus basse que le reste du corps. A chaque pansement, du pus, d'abord roussâtre, s'écoulait par l'ouverture du dos, puis jaunâtre, séreux et en quantité moindre chaque jour. Le 30 décembre, un stylet introduit par l'ouverture fistuleuse, pénétra à plusieurs centimètres de profondeur et m'apprit qu'il y avait au fond un foyer de quatre ou cinq centimètres d'étendue, avec sensation d'un os dénudé. Une nouvelle injection fut faite, environ 12 à 15 grammes, et laissée encore dans le foyer. Une légère compression fut établie sur ce point les jours suivants, et peu à peu la suppuration diminuant, se borna à une espèce de suintement séreux qui dura plusieurs mois, et tachait à peine les linges du pansement. Le traitement interne fut continué, de même que l'exercice et

la bonne nourriture. La santé générale s'est promptement améliorée, et au commencement d'avril il offre une vigueur, une force et un embonpoint remarquables; il reste debout toute la journée, se promène, joue, marche et court sans se fatiguer; le suintement de l'orifice fistuleux du dos reste souvent une semaine sans avoir lieu, puis reparaît un ou deux jours, pour disparaître encore; une croûte se forme, et la guérison paraît complète.

Je le revois le 25 juillet: le suintement dont j'ai parlé n'a plus lieu depuis au moins six semaines. La cicatrisation de toutes les ouvertures fistuleuses est complète; toutes les parties où siégeait ce vaste abcès ont repris leur forme et leur aspect naturels; la santé est très bonne; il reste sur ses jambes toute la journée, se livre à tous les jeux de son âge sans éprouver de fatigue, n'éprouve de douleur ni dans les jambes, ni dans la colonne vertébrale qui conserve la gibbosité dont j'ai parlé, mais moins saillante. L'appétit, les digestions, le sommeil sont excellents; outre les forces et l'embonpoint qu'il a pris depuis quelques mois, il a grandi d'une manière notable. Il est présenté à la société de chirurgie dans la séance du 4 septembre 1850, plus de trois mois après son entière guérison.

Si chez cet enfant nous avions suivi les méthodes anciennes, si nous avions abandonné cet abcès à lui-même, ou si nous l'avions ouvert, peu importe par quel moyen ou procédé, il n'est pas douteux qu'il eût succombé promptement, car il était arrivé à un état de dépérissement et de faiblesse tels qu'il ne pouvait se remuer ni quitter son lit. Il était déjà pris de fièvre hectique, et les honorables chirurgiens qui le confiaient à mes soins pronostiquaient une terminaison fâcheuse. Grâce à quelques injections iodées, il a été radicalement guéri en quelques mois (1).

En lisant ces observations, vous avez vu comment on doit pratiquer ces injections suivant que les abcès par congestion ne sont pas encore ouverts, ou qu'ils sont fistuleux. Dans le premier cas, on pratique une ponction à la base de la tumeur, dans la partie la plus déclive, avec la précaution, avant d'arriver dans le foyer purulent, de traverser 2 ou 3 centimètres de parties saines. On vide autant que possible tout le foyer, du pus qu'il contient, et on fait ensuite l'injection iodique; puis, pour que ce

(1) La première et deuxième observations ont été communiquées aux Sociétés de médecine des IIIe et IVe arrondissements, et à la Société de médecine de Paris, dans le courant des années 1847 et 1848. (Voir les procès-verbaux de ces Sociétés.)

liquide touche tous les points du foyer, et pendant quatre ou cinq minutes qu'il doit séjourner dans le kyste purulent, on a soin de malaxer, de pétrir légèrement les parties, de mettre le malade dans des positions telles que la teinture d'iode puisse pénétrer également partout et jusqu'à la carie. On en laisse sortir la moitié, les trois quarts, plus ou moins, suivant les cas, la grandeur de l'abcès et suivant la facilité de l'écoulement du liquide injecté. Je n'ai jamais remarqué d'inconvénient à laisser dans le foyer une certaine quantité de teinture d'iode ; on y est d'ailleurs bien forcé, car l'écoulement de l'injection devient souvent difficile, à cause du coagulum qui se forme sous son influence. Cela étant fait, j'essaie de faire sortir l'air par des pressions faites avec soin et je mets sur la piqûre du trocart un morceau de diachylon. Immédiatement après, des cataplasmes de farine de graine de lin sont appliqués par mesure de précaution pour prévenir l'inflammation. En général les symptômes de réaction sont nuls ou peu prononcés. Les douleurs produites par ces injections sont plus ou moins vives suivant l'idiosyncrasie des individus, quelquefois elles n'ont pas lieu, ce qui n'empêche pas l'action de la teinture iodée sur les parois du foyer. Peu à peu le foyer se remplit de nouveau, et au bout de quelques jours l'abcès a repris son volume primitif; mais bien qu'il paraisse aussi volumineux que la première fois, il contient souvent moitié moins de matière purulente qu'à la première ponction, ses parois irritées, infiltrées de sérosité, s'étant rapprochées par suite de leur gonflement, et ayant diminué d'autant la cavité du foyer. Je pratique une seconde ponction et une seconde injection aussitôt que la fluctuation devient évidente, qu'il y ait ou non des symptômes d'inflammation. En général il ne faut pas attendre trop longtemps; si le foyer s'oblitère partiellement et qu'il n'y ait plus de fluctuation que dans certains points, c'est sur le centre de cette fluctuation, dans l'endroit où elle est

le plus manifeste, que se pratique avec le trocart, le bistouri ou la lancette une ponction assez large pour permettre l'introduction de l'extrémité de la seringue. Cette manière de faire me paraît avantageuse, parce qu'elle permet souvent d'injecter plus facilement la teinture d'iode directement sur la carie, chose importante, pour modifier l'altération du tissu osseux et hâter sa guérison. Je redoute si peu l'entrée de l'air dans le foyer après deux ou trois injections, que je ne prends même plus la précaution de fermer la piqûre ou l'incision avec un emplâtre de diachylon ; alors le pus coule facilement au dehors et l'ouverture reste fistuleuse. Je pense qu'il faut évacuer assez souvent le pus, et aussitôt qu'il s'en est amassé une certaine quantité, c'est-à-dire tous les huit ou dix jours, quelquefois tous les quatre ou cinq jours, suivant les cas. C'est qu'en effet le pus, dans ces grands foyers, tend à irriter non seulement par sa pression et par ses qualités propres, mais aussi comme corps étranger, sécrété dans un point et descendant dans un autre. Chaque injection amène des phénomènes dignes d'être notés. Après deux ou trois injections, souvent après la première, les parois du foyer subissent des modifications qui les transforment et leur donnent les caractères de celles d'un véritable kyste. La matière qu'elles sécrètent participe aussi de ces changements d'une manière sensible, et le pus, après avoir passé par différents états, est bientôt remplacé par de la sérosité. Ces injections répétées ont donc la propriété de modifier profondément, et la carie, et les parois des abcès et le liquide qu'elles sécrètent.

Pour les abcès fistuleux ou les fistules simples, je procède de la même manière, en prenant, bien entendu, toutes les précautions pour faire pénétrer la liqueur iodique dans tous les recoins et sinuosités et la retenir dans ces conduits fistuleux, ce qui n'est pas toujours facile. On peut, dans certains cas, se servir d'une sonde en gomme élastique qu'on pousse jusqu'au fond du foyer

et à l'aide de laquelle on pratique l'injection : en même temps qu'elle permet de porter le liquide jusqu'au fond de l'abcès ou jusque sur le point qui entretient la fistule, elle l'empêche de ressortir par l'ouverture fistuleuse qu'elle bouche plus ou moins complétement. La position à donner au malade est aussi très importante dans ces cas; on le place de telle façon que l'orifice fistuleux soit plus élevé que le fond; avec ces précautions, le liquide injecté peut pénétrer, par son propre poids et par l'impulsion de la seringue, jusqu'au fond de la fistule ou de l'abcès fistuleux, c'est-à-dire jusqu'aux os cariés.

Jusqu'ici je n'ai parlé que du traitement local, mais il ne faut pas perdre de vue qu'en guérissant l'affection locale, il y a une constitution générale, souvent cause efficiente du mal, à changer, à améliorer. Dans ce but il faut soumettre les malades à un régime fortifiant et nutritif, éloigner toutes les causes qui peuvent affaiblir ou détériorer les forces vitales. Pour arriver à ce résultat qu'on doit surtout rechercher dans les affections de cette espèce, jamais je ne mets les malades à la diète, même le jour de l'opération. Je les engage à continuer leur régime ordinaire s'il est bon; dans le cas contraire je leur en prescris un substantiel, en même temps que je les soumets aux préparations ferrugineuses, à l'iodure de fer et à l'huile de foie de morue, etc. Je les tiens au lit le moins possible, et dès que leurs forces le permettent, je les fais lever et marcher comme ils le peuvent, ou s'ils marchent encore au moment où ils sont opérés, je me garde bien de les condamner au repos en leur faisant prendre le lit.

En résumé, les conclusions à tirer de tous ces faits sont faciles : ils prouvent d'abord qu'on peut guérir en quelques mois, à l'aide des injections iodées faites convenablement, des maladies qui le plus souvent ne cèdent ni aux remèdes locaux, ni aux remèdes généraux qu'on a employés jusqu'à ce jour. Ensuite la

simplicité de ce moyen fait son apologie : il n'a rien de cet aspect redoutable qui souvent fait préférer aux malades les infirmités qui les accablent et les tuent, à des guérisons douteuses, mais que la chirurgie ne peut leur donner que par des moyens douloureux. Ces injections iodées, dans les cas de carie, sont donc des secours que les malades accepteront sans répugnance ; cette prérogative les rend infiniment recommandables. Si elles sont toujours aussi certaines dans leurs effets qu'elles sont faciles à pratiquer, l'art trouvera en elles le plus précieux des avantages, à cause de la petitesse des ouvertures par lesquelles elles peuvent communiquer et parvenir jusqu'aux lieux qui les demandent.

DU CANCER

ET

DU CANCROÏDE DE LA PEAU,

Par M. H. LEBERT.

—

Présenté à la Société de chirurgie, en avril 1850.

Le principal but dans les recherches d'anatomie morbide est, d'arriver non seulement à la connaissance exacte des productions pathologiques, mais de reculer en même temps les limites de nos ressources actuelles de thérapeutique, et c'est une des raisons pour lesquelles tout ce qui se rattache à la question du cancer a toujours eu pour nous un grand intérêt ; car si l'on pratique inutilement des opérations pour les affections vraiment carcinomateuses, il est certain pour nous, d'un autre côté, que les maladies cancroïdes et toutes celles qui, dans l'état actuel de la science, sont confondues avec le véritable cancer, ne sont pas toujours attaquées avec assez de persévérance et ont, par conséquent, un bel avenir chirurgical. Que l'on rabatte un peu de la témérité avec laquelle on poursuit souvent le cancer bien confirmé, et qu'on soit au contraire bien plus hardi et persévérant dans les opérations que l'on oppose au cancroïde, et l'on évitera aux uns des souffrances et des mutilations inutiles, tandis qu'on rendra à la vie et à la santé d'autres malades qu'on laisse succomber aujourd'hui sans avoir épuisé les ressources les plus précieuses de l'art, par suite des notions bien incomplètes qui ont encore généralement cours sur ces affections.

De tout temps on a confondu le cancer et le cancroïde de la

peau ; et si les anciens chirurgiens ont commis cette erreur, cela est moins étonnant, vu qu'ils ont manqué des principales ressources pour bien élucider la question. Néanmoins, nous verrons plus loin que, depuis les Mémoires de l'ancienne Académie de chirurgie, jusqu'au traité classique de Boyer et le *Dictionnaire de médecine* en 30 volumes, tous les bons praticiens ont soupçonné la distinction que nous allons établir, et que tous ont été généralement frappés de la nature plus fréquemment et plus strictement locale du cancer siégeant à la peau que sur d'autres régions du corps. Un des points essentiels était donc d'examiner à fond la structure anatomique de toutes ces affections cutanées qui passaient pour cancéreuses, et la différence anatomique une fois démontrée, il devait être patent que la ligne de démarcation était établie et qu'il ne s'agissait plus que d'en tracer les limites exactes. Il en sera, à coup sûr, ainsi, avant qu'il soit longtemps, mais malheureusement on a, dans ces derniers temps, de nouveau cherché à embrouiller plutôt la question ; et le vrai progrès, pour cette partie de nos notions, a rencontré les mêmes entraves qu'il trouve partout sur son chemin, par la vieille routine, et par le doute quelquefois trop présomptueux et trop hâtif à conclure de la jeunesse.

M. Ecker, en Allemagne, M. Mayor et moi en France, nous avons signalé, à peu de distance les uns des autres, il y a six ans environ, la structure épidermique d'un certain nombre de tumeurs de la surface cutanée, confondues jusque-là avec le cancer. M. Ecker, plutôt anatomiste et physiologiste, n'a pas poussé plus loin ses recherches. M. Mayor, dans sa thèse (1), a assurément fourni de précieux matériaux pour l'histoire de cette maladie ; mais malheureusement il a bien plutôt embrouillé qu'éclairé nos doctrines sur ce sujet. Nous ne saurions jamais

(1) Mayor, *Thèse sur les tumeurs épidermiques et leurs relations avec l'affection cancéreuse*. Paris, 1846.

approuver qu'il ait assimilé les tumeurs épidermiques avec le vrai cancer, malgré les différences incontestables de structure qu'il admet lui-même, et nous lui posons la simple question : Deux produits, de structure différente, peuvent-ils être identiques? Niant l'existence du vrai cancer dans la peau, niant jusqu'à la diathèse cancéreuse, cet auteur n'a pas su tirer de ses précieux matériaux tout le parti désirable, et ses généralisations défectueuses font regretter qu'un observateur aussi distingué n'ait pas su embrasser d'une manière plus philosophique tout l'ensemble de cette grande et belle question du cancer cutané. Frappé des récidives locales de plusieurs de ces affections, M. Mayor aurait pu restreindre l'opinion d'abord émise par nous sur la bénignité de toutes ces productions, et il serait resté dans le vrai. Nous ne craignons pas de l'avouer hautement, aujourd'hui que l'expérience sur ce point a modifié nos premières prévisions. Mais d'un autre côté, dire qu'un mal est cancéreux parce qu'il peut récidiver sur place, est évidemment une étrange exagération et contraire tout à fait à l'esprit rationnel de la science moderne; car en pathologie, aussi bien qu'en botanique et en zoologie, nous tendons de plus en plus à établir la méthode naturelle, dont le caractère fondamental est de ne classer que d'après l'ensemble de toutes les qualités d'une affection morbide, tandis que toute classification qui n'aurait d'autre base que l'appréciation trop absolue d'un seul caractère, est par cela même incomplète et vicieuse, et porte ainsi en elle le germe de sa destruction.

Pour ma part, je viens de l'avouer, j'ai modifié mes opinions sur l'histoire naturelle de ces tumeurs, sur plus d'un point important. C'est ainsi que, n'ayant jamais révoqué en doute les récidives locales, j'ai vu que dans certaines régions du corps, la lèvre inférieure et la verge surtout, les récidives des affections cancroïdes étaient plus fréquentes qu'ailleurs. J'ai

reconnu de plus que, dans ces deux régions, l'épiderme pouvait être charrié par les lymphatiques voisins et être transporté jusque dans les ganglions en rapport anatomique direct avec la partie affectée. J'ai enfin observé que les tumeurs épidermiques pouvaient quelquefois s'étendre de proche en proche et finir par infiltrer par continuité, des parties en dehors de toute structure épithéliale ou dermatique primitive, telles que les muscles ou même les os voisins. Voilà des faits sur lesquels je serai le premier à insister et qui seront exposés avec beaucoup de détail dans le courant de ce travail. Mais tout en ayant adopté, à cause de cela même, dès ma communication faite à l'Institut (novembre 1846), le nom de *cancroïde* pour ces maladies, tout en indiquant par ce nom même que je leur reconnaissais avec le cancer des analogies, j'ai été assez heureux pour ne point méconnaître leur différence; point des plus capitaux dans toutes les doctrines des sciences d'observation.

Dans ces derniers temps, plusieurs micrographes allemands ont repris cette question. De ce nombre sont surtout M. Bruch (1) et M. Gorup-Besanez (2). Les opinions de ces deux auteurs sur les tumeurs épidermiques se rapprochent en tout de celles de M. Mayor. C'est ainsi qu'ils sont arrivés à la conclusion « que la différence de structure entre ces sortes de tumeurs et le vrai cancer n'empêchait pas leur identité. » Mais, malheureusement, ces auteurs n'ont pas eu à leur disposition des matériaux suffisants; l'observation clinique surtout est loin d'y être assez complète. Il n'était point, en effet, suffisant de dire si une production morbide renfermait des papilles et de l'épiderme ou non, si elle était limitée à la peau ou si elle s'étendait vers les parties plus profondes, si elle récidivait sur

(1) Bruch, *Die Diagnose der bœsartigen Geschwuelste.* Mainz, 1847.

(2) Gorup-Besanez, *Beitrœge zur pathologischen Chemie und Histologie Archifuer physiol. Heilkunde de Roser et Wunderlich*, t. VIII, p. 18.

place ou non ; évidemment, lorsque, de l'aveu même de ces deux auteurs, le microscope a démontré des différences incontestables avec le vrai cancer, il aurait fallu prouver, pour en faire peut-être une espèce particulière de cancer, que le mal extirpé pouvait se reproduire dans des parties éloignées du siége primitif; il aurait fallu démontrer, par des autopsies, que le mal pouvait se généraliser dans l'économie tout entière et produire des dépôts éloignés et multiples semblables à la tumeur primitive; et lors même qu'on voudrait invoquer la loi des formations analogues que M. Bruch cherche à établir, lors même qu'on admettrait que les tumeurs épidermiques ne pourraient se développer qu'à la surface cutanée, au moins faudrait-il établir que la généralisation du cancroïde cutané avait lieu dans ce sens, que, par suite des progrès de la maladie, des dépôts multiples, semblables aux premiers, se formaient sur des points disséminés du derme. Or, c'est ce que nous avons observé dans l'infection cancéreuse, mais jamais dans le cancroïde, qui, malgré sa possibilité de s'étendre de proche en proche, est pour nous une maladie locale, tandis que le vrai cancer est une maladie générale de toute l'économie, dont la tendance infectante ne saurait être révoquée en doute que par ceux qui n'ont pas une expérience suffisante sur sa marche clinique. Mais quant à des observations qui prouveraient la reproduction dans un endroit éloigné et la généralisation par des tumeurs multiples, nous les cherchons vainement dans les travaux publiés par ceux qui admettent l'identité entre le cancroïde et le cancer.

Vouloir diviser les tumeurs en bénignes et en malignes est aussi une réminiscence de l'enfance de la science. Cela n'est pas plus rationnel que si un botaniste voulait classer les plantes en vénéneuses et en celles qui ne le sont pas. Il est certainement important de savoir si un mal enlevé par l'opération a

de la tendance à revenir sur place ou non, mais il nous paraît peu rationnel d'en faire un principe de classification. Du reste, que de nuances existent entre la curabilité d'une maladie et sa parfaite incurabilité; que de circonstances qui influent sur cette prétendue bénignité ou malignité! Telle affection est curable si on peut l'enlever dans une grande étendue, en pratiquant par exemple l'amputation du membre, opération que nous avons vue couronnée d'un plein succès pour des cancroïdes fort étendus de la main et du pied, tandis que le même mal peut récidiver sur place si, diffus de sa nature, il n'est point enlevé par une opération suffisamment étendue. Tel ulcère de la face empire par l'emploi incomplet des caustiques, et guérit par la pâte arsenicale bien maniée. La malignité, dans ce cas, est-elle du côté de la maladie ou du côté du chirurgien ?

Si dans les pages précédentes nous avons signalé les opinions dissidentes de quelques auteurs modernes, malheureusement incompétents par l'insuffisance de leurs matériaux, nous avons d'un autre côté la grande satisfaction de voir la plupart de nos idées sur les cancroïdes confirmées par un des auteurs qui s'est occupé avec le plus de succès de ces études. C'est M. Bennett (1), d'Édimbourg. Cet auteur nous paraît avoir professé en général des doctrines tout à fait saines sur le cancer et le cancroïde cutané, et c'est par lui que nous savons, entre autres, ce que nous avions signalé comme infiniment probable, que le cancer des ramoneurs des auteurs anglais n'était également qu'un cancroïde. Au moment où nous préparons ce travail pour l'impression, nous recevons une communication intéressante sur ce sujet, de la part de M. le professeur Vinchow, de Würzbourg, que nous regrettons ne pas pouvoir reproduire ici. A Paris nous avons eu le bonheur de trouver à la fois un contrôle

(1) Bennett, *On Cancerous and Cancroid growth*. Edimbourg, 1849.

et une pleine et entière confirmation de nos observations, tant anatomiques que cliniques sur cette matière, dans les recherches de MM. Robin, Broca et Follin. Nous avons examiné ensemble les mêmes pièces, et de plus chacun de nous a recueilli de son côté des observations nombreuses, et nous sommes réellement très heureux d'être arrivés tous à des résultats identiques. Tant les uns que les autres nous avions du reste reconnu de bonne heure que l'examen anatomique et microscopique seul n'était suffisant que pour déterminer les éléments histologiques de ces productions morbides, et que l'observation clinique seule pouvait jeter quelque jour sur leur valeur pathologique.

L'esquisse rapide que nous venons de tracer sur les diverses opinions émises au sujet des tumeurs cutanées, démontre combien il est nécessaire, indispensable même, de laisser parler bien plutôt les faits, et de nombreux faits bien observés, et les conclusions qui en ressortent tout naturellement, que d'exposer les vues de l'esprit avec cette dialectique creuse et sonore qui malheureusement fait ressembler beaucoup de travaux de science à ces bulles de savon qui, après avoir brillé pendant un instant des plus belles couleurs, éclatent et disparaissent presque sans trace dans l'espace.

Nous avons recueilli plus de cent observations sur le cancer et le cancroïde de la peau, dont un cinquième à peu près a rapport au véritable cancer, dont nous allons d'abord exposer les principaux caractères. Le reste de nos observations se rapporte en majeure partie au cancroïde des diverses régions du corps, et après une esquisse générale de leurs caractères communs, nous envisagerons chacune de ces régions séparément : celle de la face, celle des organes génitaux, et la peau du tronc et des membres. Pour la face nous trouverons des différences importantes à connaître entre le cancroïde de la lèvre inférieure et celui du reste du visage, le premier étant bien autrement dis-

posé aux récidives locales et à la propagation aux parties voisines que les autres. Nous trouverons des différences non moins curieuses dans les cancroïdes des organes génitaux; et sans vouloir nous prononcer sur la gravité relative du cancroïde du scrotum, nous verrons que celui de la verge est proportionnellement à la fois plus fréquent et plus grave que celui de la vulve. Parmi les cancroïdes du tronc et des membres, nous constaterons une certaine prédisposition pour les cancroïdes du dos de la main. Après avoir analysé nos observations sur le cancroïde cutané, nous comparerons à celui-ci le cancroïde du col utérin, de la langue, l'ulcère rongeant de l'estomac et du rectum, les tumeurs épithéliales que nous avons observées à la face interne de la dure-mère, et enfin les tumeurs kéloïdes. La description anatomique et pathologique sera suivie d'un exposé très détaillé du traitement général de toutes ces maladies et des modifications qu'on doit lui faire subir selon les diverses régions affectées. Ce sera principalement à l'occasion du pronostic que nous discuterons la valeur clinique, la bénignité et la malignité des productions cancroïdes en général, et des différences que leur imprime sous ce rapport leur siége et leur point de départ.

Avant d'entrer plus loin en matière, nous allons citer, tout à fait en abrégé, la classification des tumeurs cutanées, telle que nous l'avions déjà exposée dans notre traité des scrofules (1). Cet exposé montrera tout naturellement la place que doivent occuper le cancer et le cancroïde de la peau parmi les autres produits accidentels de cet organe. Voici cette citation :

« 1er ORDRE. *Tumeurs épidermiques.* — Lorsque l'hypertrophie » de la couche superficielle ou de la couche papillaire plus pro- » fonde du derme est tout à fait circonscrite et locale, bornée

(1) Lebert, *Traité pratique des maladies scrofuleuses et tuberculeuses.* Paris, 1849, p. 200 à 202.

» le plus souvent à un seul point de la surface du derme, il se » forme une tumeur dans laquelle on ne trouve d'autres élé- » ments qu'une vascularité plus ou moins prononcée, de l'épi- » derme considérablement hypertrophié et les papilles de la » peau souvent volumineuses. Lorsqu'il n'y a qu'un simple tas- » sement de nombreuses couches d'épiderme superposées, il se » forme ce que l'on appelle les callosités de la peau. Les cornes » sont aussi composées de couches superposées d'épiderme; » mais ici c'est plutôt la surface épidermique interne d'un fol- » licule de la peau qui devient le point de départ de ce mal, vu » que c'est dans l'intérieur d'un de ces follicules hypertrophiés » qu'on leur voit prendre leur point de départ.

» Nous avons observé un cas de fausses cornes. C'était une » tumeur papillaire de la lèvre dont la surface était couverte de » deux cornes coniques et pointues qui n'étaient autre chose » qu'une croûte composée d'épiderme groupé sans type régu- » lier.

» Lorsque nous avons enfin à la fois hypertrophie des pa- » pilles, de la couche superficielle du derme et une vascularité » plus ou moins prononcée, il se forme de ces tumeurs qui, » susceptibles de s'enflammer et de s'ulcérer, ont été souvent » confondues avec le cancer. On observe parfois une sécrétion » anormale d'épiderme dans les mailles du tissu du derme lui- » même. Nous en avons même rencontré dans les os, dans les » corps caverneux et dans les glandes lymphatiques. Nous récu- » sons ici le reproche d'avoir pris des cellules cancéreuses pour » de l'épiderme. Nous croyons avoir étudié cette question d'une » manière plus approfondie que la généralité des pathologistes » et des micrographes modernes. M. Dietrich, de Prague, en » a également rencontré dans l'intérieur d'os malades.

» 2e ORDRE. *Développement pigmentaire local de la peau.* — » Lorsque la couche épidermique qui renferme le pigment est

» le siége d'une plus forte coloration, ou lorsque les globules » pigmentaires proprement dits existent en plus grande quan- » tité, il se forme des taches brunes accompagnées souvent » d'une augmentation de vascularité sous-épidermique, ce qui » forme les nœvus colorés érectiles. Il faut en distinguer soi- » gneusement ces tumeurs mélaniques extrêmement malignes, » qui ne sont autre chose que des encéphaloïdes de la peau » riches en pigment noir.

» 3e ORDRE. *Hypertrophie circonscrite de la couche vasculaire » sous-épidermique.* — La dilatation locale et circonscrite d'un » groupe de vaisseaux, ou capillaires ou plus volumineux de la » surface du derme, mal ordinairement congénial, constitue les » petites tumeurs désignées sous le nom de tumeurs érectiles; » elles s'accompagnent le plus souvent d'une formation nou- » velle de tissu cellulaire en plus ou moins grande quantité » dans les intervalles des vaisseaux dilatés, ce qui a fait donner » à ces tumeurs le nom de *téli-angiectasie* par les auteurs alle- » mands.

» 4e ORDRE. *Tumeurs glandulaires de la peau.* — Les glandes » sébacées du derme sont très sujettes à s'engorger et même à » s'hypertrophier, et il survient alors ordinairement une occlu- » sion, transitoire ou définitive, de leur conduit excréteur. » Lorsque des groupes entiers de ces glandes s'engorgent à un » léger degré, ils forment ce que l'on a appelé les *comédones.* » Si, par contre, une glande sébacée seule, ou plusieurs » glandes, éloignées les unes des autres, se distendent, et que » peu à peu leur conduit excréteur disparaisse, il se forme des » tumeurs enkystées susceptibles de prendre un assez grand dé- » veloppement, tumeurs que l'on a désignées sous les noms de » loupes, de tannes et d'athéromes. Il faut distinguer ces tu- » meurs des kystes séreux qui, du reste, sont ordinairement » sous-cutanés, et des grosseurs que nous appelons tumeurs

» enkystées composées, qui montrent à leur surface interne une » couche épidermique, des poils, des glandes, etc., et qui ont » le plus souvent leur siége au-dessus des sourcils.

» 5e ORDRE. *Hypertrophie du derme.* — Lorsque c'est le réseau » profond des fibres du derme qui est le siége d'une augmen- » tation d'afflux nutritif, d'hypertrophie, nous avons, lorsque le » mal est diffus et étendu, ce que l'on a décrit comme éléphan- » tiasis des Arabes. Lorsque le siége de l'hypertrophie est moins » étendu, plutôt rouge et enflammé, lorsque dans son épaisseur » il existe des tubérosités dont la surface tend à s'ulcérer, nous » avons une des formes les plus fréquentes du lupus. Lorsque » l'hypertrophie locale et tubéreuse n'a ni base enflammée ni » tendance ulcéreuse à la surface, le mal se rapproche du léon- » tiasis ou éléphantiasis des Grecs ; nous manquons toutefois de » recherches qui nous soient propres sur ce mal assez rare dans » nos climats. On rencontre toujours dans le tissu hypertro- » phié du derme une quantité assez notable d'éléments grais- » seux et fibro-plastiques. Ce que l'on a décrit sous le nom de » kéloïde n'est ordinairement qu'une hypertrophie dermatique, » fibreuse et fibro-plastique, locale, unique ou multiple, pre- » nant souvent son origine dans du tissu cicatriciel.

» 6e ORDRE. *Cancer de la peau.* — Jusqu'à présent nous n'a- » vons parlé que des altérations des parties normales de la » peau ; le cancer en diffère en ce que sa nature intime con- » siste dans la formation d'un élément nouveau, étranger à » l'organisme sain, hétéromorphe en un mot. On rencontre » dans la peau toutes les formes du véritable cancer : le squir- » rhe, l'encéphaloïde, le colloïde, le cancer mélané, etc., quoi » qu'en ait dit M. Mayor fils (de Genève), qui a prétendu que » le cancer de la peau affectait toujours la forme épider- » mique. »

La place du cancer et du cancroïde ainsi marquée, nous allons les décrire successivement.

§ I. — *Cancer véritable de la peau.*

Abstraction faite des cas très nombreux des cancers secondaires de la peau, consécutifs à une affection cancéreuse qui primitivement s'était localisée sur un autre organe, le véritable cancer primitif de la peau n'est nullement une affection rare. Il est vrai qu'il y a des cas où, le mal ayant acquis un certain développement, il n'est pas toujours facile de décider si le point de départ du dépôt cancéreux a été dans les lames profondes du derme ou dans le tissu cellulaire sous-cutané, immédiatement sous-jacent; cependant, dans le plus grand nombre de nos observations, il nous a été facile de constater que c'est entre les éléments anatomiques de la peau elle-même que le premier blastème cancéreux a été déposé. Par cela même, la thèse soutenue par M. Mayor, que le cancer de la peau prenait toujours la forme épidermique, nous paraît doublement réfutée, les affections épidermiques d'abord n'étant pas cancéreuses, et le vrai cancer se rencontrant dans la peau avec les mêmes caractères fondamentaux qu'ailleurs.

I. Anatomie pathologique.

Nous avons observé 20 cas de cancer primitif de la peau, dont 11 à la face, savoir : 6 à la lèvre inférieure, 3 à la lèvre supérieure, et 2 sur les lobes du nez; 4 à la verge, 3 à la face externe de la vulve, 1 dans la région épigastrique et 1 dans la peau de la jambe. La face et les organes externes de la génération paraissent donc, comme pour le cancroïde, être le siége de prédilection du cancer de la peau. Cela n'a rien d'étonnant,

car ce sont évidemment les deux régions les plus importantes et les plus riches en tissus de toute la surface du corps.

Quant à la forme affectée par le cancer, nous rencontrons le plus souvent (dans les trois quarts des cas) des tumeurs intermédiaires plutôt entre le squirrhe et l'encéphaloïde, que nanties des caractères types de l'une ou de l'autre forme, quoique généralement ces tumeurs se rapprochent davantage de la forme encéphaloïde. Cet aspect intermédiaire s'explique aisément, lorsqu'on pense que le stroma fibreux ne peut pas manquer, puisqu'à l'état normal c'est l'élément essentiel du derme, et que d'un autre côté ses mailles sont assez larges pour permettre le dépôt d'un suc cancéreux abondant. Deux fois, ainsi dans un dixième des cas, nous avons observé des tumeurs mixtes, cancéreuses et épidermiques; la superficie offrait un développement insolite de la couche épidermique et papillaire, tandis que le cancer siégeait plutôt dans le derme proprement dit. La disposition au dépôt mélanique est bien prononcée dans le cancer de la peau; nous l'avons observé dans un quart des cas, 5 fois sur 20, entre autres dans tous les 3 cas de cancer des grandes lèvres; de plus 1 fois dans celui de la région épigastrique, 1 fois dans celui de la peau de la jambe (tout dernièrement en dehors des 8 cas analysés sur la peau du pubis). Nous ne l'avons jamais vu ni dans celui de la face, ni à la verge; et, chose curieuse, le dépôt mélanique a constamment manqué dans les cas de tumeurs cancroïdes observés par nous. Si ce fait se confirmait d'une manière générale, il aurait une grande valeur clinique en ce sens qu'il en résulterait que lorsqu'on rencontre des éléments mélaniques dans une tumeur cutanée, on doit déjà, par cela même, être bien plus porté à la regarder comme cancéreuse que comme cancroïde.

Si nous jetons à présent un coup d'œil sur la structure plus intime du vrai cancer cutané, nous arrivons d'emblée à ce ca-

ractère différentiel très important par rapport au cancroïde, que le vrai cancer tend, de très bonne heure, à rendre l'aspect et la structure normale de la peau méconnaissables, *à substituer pour ainsi dire un tissu nouveau au tissu physiologique, tandis qu'au contraire le cancroïde, tant qu'une ulcération profonde dans sa dernière période n'a pas trop altéré son aspect, montre bien plutôt une exagération marquée des éléments normaux du derme et de l'épiderme, et complète pour ainsi dire nos notions sur cet organe, privilége non encore suffisamment apprécié de tout travail hypertrophique.*

L'aspect du tissu cancéreux dans la peau offre les caractères suivants : Sur une coupe fraîche on reconnaît, au commencement surtout, une trame fibreuse, plus tard de moins en moins marquée, qui cloisonne par de nombreuses intersections un tissu mou, quelquefois comme gélatiniforme et demi-transparent. La consistance est plus dure lorsque le stroma fibreux prédomine, plus molle lorsque la substance cancéreuse proprement dite existe en plus grande abondance. A l'exception d'un seul cas où, en pressant et en râclant avec le scalpel, nous n'obtenions que des grumeaux gélatineux, composés du reste aussi de cellules cancéreuses, nous avons toujours vu sourdre, à la pression, un suc cancéreux abondant, trouble, lactescent, d'un blanc jaunâtre ; et une fois, dans un cancer du gland, nous avons même trouvé une cavité du volume d'un gros pois, entièrement remplie de ce suc, à tel point qu'elle ressemblait à un petit abcès. Cependant, à l'examen microscopique, nous avons non seulement reconnu qu'il n'y avait dans ce liquide que des cellules cancéreuses, mais de plus qu'elles avaient subi un travail endosmotique curieux en montrant à leur circonférence des soulèvements partiels de la membrane cellulaire externe, et dans d'autres un décollement comme lamelleux de toute la membrane d'enveloppe. C'est dans le gland aussi que nous

avons rencontré deux fois un suc cancéreux si épais qu'il offrait presque un aspect grumeleux. Lorsqu'il existe d'abondants éléments mélaniques dans le cancer cutané, le suc est coloré en noir, et de plus son tissu, ordinairement d'un jaune pâle et comme lardacé, devient ou noirâtre et comme truffé, ou d'un gris ardoisé entremêlé de portions décolorées, le tout offrant un aspect panaché.

Ce tissu cancéreux se trouve souvent par tumeurs multiples, isolées, mais rapprochées ou confluentes; nous avons vu plusieurs fois des tumeurs de ce genre, disséminées dans le tissu des lèvres, et c'est dans ces cas que nous avons trouvé quelquefois la couche épidermique hypertrophiée; une fois c'était la couche glandulaire de la face interne de la lèvre, et dans un autre cas enfin les glandules profondes du derme. Dans deux cas de cancers mixtes extirpés, la récidive offrait les mêmes caractères de tumeurs mixtes que le mal primitivement enlevé. Nous avons aussi observé dans le gland cette hypertrophie superficielle du derme avec dépôt cancéreux dans les parties plus profondes. Du reste, à cette hypertrophie des éléments dermatiques et épidermiques succède bientôt un travail ulcéreux qui, à la lèvre, a lieu quelquefois plutôt du côté de la muqueuse que du côté de la surface. L'ulcère, une fois établi, s'étend en largeur et en profondeur; les éléments épidermiques et papillaires sont bientôt détruits, et il s'ensuit une ulcération plus profonde, qui offre ordinairement des bords taillés à pic et un fond purulent et sanieux. La coupe de ces cancers cutanés ulcérés, fait voir que les couches sous-jacentes ont perdu leur cachet particulier pour se confondre en tissu cancéreux. C'est à la verge que nous avons observé en outre l'infiltration grasse et granuleuse du tissu cancéreux, ce qui lui donne cette espèce d'apparence tuberculeuse que nous désignons sous le nom de *phymatoïde;* dans ce même organe nous avons aussi rencontré un vé-

ritable champignon encéphaloïde, forme du cancer dont nous avons vu encore dernièrement un nouvel exemple dans un cancer secondaire de la peau.

La structure microscopique du cancer cutané offre les caractères suivants. Nous trouvons dans la trame fibreuse les fibres pâles et fines du tissu fibrillaire ordinaire, et de plus les fibres élastiques, plus larges, à contours plus foncés et souvent ramifiées. Lorsque le cancer s'est propagé à la couche musculaire sous-jacente, nous trouvons, outre les fibres, des fragments de cylindres musculaires très altérés, ayant perdu leurs raies transversales et se montrant quelquefois infiltrés de cellules cancéreuses dans l'intérieur des cylindres mêmes.

Quant au suc cancéreux, il est essentiellement composé des cellules cancéreuses proprement dites, qui dans le gland et à la lèvre sont quelquefois mêlées à la surface avec divers éléments épidermiques, mais dans l'intérieur et dans les couches profondes, il y a toujours des cellules bien caractéristiques.

Quoique nous n'ayons point négligé l'examen microscopique dans toutes nos observations, ce n'est que dans la moitié des cas, dans 10, que nous avons pris des notes avec beaucoup de détail. Deux fois les noyaux seuls existaient en grand nombre, et les cellules complètes, par contre, étaient très rares. Dans les 8 autres, les cellules entières étaient nombreuses : leur dimension moyenne était de $0^{mm},02$ à $0^{mm},025$. Dans 3 cas nous les avons vus atteindre $0^{mm},03$, et même $0^{mm},035$. Deux fois leur minimum était de $0^{mm},017$. Leur forme était tantôt ronde, tantôt ovoïde, et souvent irrégulière, les contours cellulaires généralement pâles. Les noyaux, tantôt ovoïdes, tantôt ronds, à contours fortement marqués, variaient entre $0^{mm},01$ et $0^{mm},015$, et renfermaient 1 à 3 nucléoles de $0^{mm},0025$ à $0^{mm},005$, et dans ces derniers nous avons vu des nucléoles secondaires. Une seule fois nous avons rencontré des cellules-

mères de $0^{mm},05$ à $0^{mm},1$, renfermant un amas de noyaux et même de cellules complètes. Deux fois nous avons observé l'infiltration granuleuse et graisseuse très abondante des cellules cancéreuses. Dans les cinq cas d'infiltration mélanique nous avons trouvé ces éléments en partie sous forme de granules et de globules pigmentaires en dehors des cellules, et en partie dans leur intérieur, infiltrant le contenu cellulaire, ou le noyau, ou la cellule cancéreuse tout entière par des granules noirs ou par des petits globulins de $0^{mm},005$. C'est même dans le cancer de la peau qu'après celui de l'orbite on peut le mieux étudier l'infiltration mélanique du cancer. Les épanchements sanguins, si fréquents dans les cancers des autres organes, n'ont point été observés par nous dans celui de la peau.

Les affections carcinomateuses de la peau ont une tendance prononcée, comme la possède le cancer en général, à infecter l'économie tout entière, et à récidiver par conséquent, non seulement sur place, mais aussi dans les points éloignés de dépôts primitifs. Dans deux cas de cancer véritable de la verge, nous avons trouvé des cancers secondaires, non seulement dans les glandes inguinales, mais aussi dans les poumons, dans le foie, et dans l'un des cas, dans l'intérieur du système veineux. M. Velpeau cite dans sa clinique le cas d'un individu qui avait été opéré d'un cancer de la lèvre et qui mourut d'une affection aiguë peu de temps après l'opération, et à l'autopsie duquel on trouva des cancers multiples dans le foie. M. Mayor cite dans sa thèse l'observation d'une femme opérée d'un cancer de la lèvre et qui eut une récidive au sein. Jamais rien de pareil, nous le verrons bientôt, n'a été observé dans le cancroïde cutané. M. Rayer rapporte, dans son ouvrage sur les maladies de la peau (1), deux observations de cancers cutanés suivis d'infection de l'économie tout entière. Le premier de ces faits sur-

(1) Rayer, *Maladies de la peau.* Paris, 1835, t. II, p. 282-292, obs. 137 et 138.

tout ne laisse aucun doute sur la multiplicité des dépôts cancéreux dans le derme même. C'est le cas d'un cancer leucé avec tubercules cutanés, nombreux, circulaires, arborisés à leur centre et à leur circonférence, isolés ou en groupes, disséminés sur les membres et le tronc chez une jeune fille de dix-sept ans. A l'autopsie, on constata de plus un cancer de jéjunum, du pancréas et des ganglions lymphatiques abdominaux. Le second cas est un peu moins net, en ce sens que, pour plusieurs des tumeurs superficielles, il est dit qu'elles avaient leur siége dans le tissu cellulaire sous-cutané; c'est le cas d'une femme de vingt-cinq ans, qui offrait des tubercules cancéreux multiples au cuir chevelu et au pénil et où à l'autopsie on trouva des masses cancéreuses dans l'ovaire et les poumons. Nous citerons en outre le cas d'une femme à laquelle M. Monod avait extirpé un cancer mélané de la surface de la vulve, il y a dix-huit mois environ, et dans lequel j'avais trouvé des cellules cancéreuses les moins douteuses. Cette femme a aujourd'hui, d'après ce que m'a dit tout récemment M. Monod, toute la surface du corps criblée, pour ainsi dire, de tumeurs cancéreuses. M. Alibert, dans sa *Nosologie naturelle*, cite l'observation d'une femme de cinquante ans qui, après avoir présenté de nombreuses tumeurs cancéreuses, dont un certain nombre de mélaniques dans la peau, montra à l'autopsie des tumeurs semblables dans les poumons et dans les glandes lymphatiques autour de l'œsophage. M. Michon cite dans sa thèse de concours sur le cancer cutané (Paris, 1848), une observation qui lui avait été communiquée par M. Monod, et dans laquelle, six mois après l'extirpation d'une tumeur mélanique de la peau de l'avant-bras, des tumeurs semblables se formaient le long des veines sous-cutanées du membre supérieur; des désordres graves survenus du côté de la poitrine firent même soupçonner le dépôt de tumeurs semblables dans les poumons. Si nous n'avions pas perdu de vue la plupart des

malades que nous avons vu opérer dans les hôpitaux, pour des tumeurs vraiment cancéreuses de la peau, nous aurions là, nous en avons la conviction, un bien plus grand nombre de cas d'infection générale de tout le corps par ces sortes de tumeurs.

II. Pathologie du cancer cutané.

Si nous cherchons à présent à nous rendre compte de l'apparition primitive du cancer de la peau, nous lui trouvons partout pour origine une petite tumeur plus ou moins consistante dans l'épaisseur même du derme, et plus souvent dans ses lames profondes que dans sa superficie, aussi son aspect n'est-il guère muriforme ou verruqueux comme dans le cancroïde épidermoïdal. La petite tumeur s'accroît et s'accompagne bientôt d'une induration des tissus normaux les plus rapprochés qui s'infiltrent de proche en proche de matière cancéreuse. Incolores ou légèrement rougeâtres, d'une consistance souvent dure ou plus ou moins élastique, ces tumeurs sont cependant plus molles, d'un gris ardoisé ou d'un noir plus foncé lorsque le cancer affecte la forme mélanique, cette forme que Jurine a désignée sous le nom d'*anthracine*. C'est dans ces cas aussi que de très bonne heure, d'autres petites tumeurs apparaissent autour des tubérosités cancéreuses primitives. L'abondance du pigment fait qu'on peut les reconnaître dès leur apparition pour ainsi dire, et nous signalons ici le fait important dans l'histoire du cancer, que dans des petites tumeurs de ce genre qui avaient à peine le volume d'une tête d'épingle, nous avons trouvé exactement les mêmes éléments histologiques et microscopiques que dans des tumeurs plus anciennes et plus volumineuses.

Pendant cette première phase de développement, celle du dépôt primitif du cancer dans les lames du derme, le mal est

ordinairement indolore, excepté lorsque la tumeur très dure et squirrheuse se trouve dans le proche voisinage de quelque filet nerveux sensitif de la peau ; mais à mesure que le mal s'étend, des douleurs plus ou moins vives, des lancées passagères plus ou moins fréquentes s'y déclarent ; la tubérosité primitive, située dans l'épaisseur du derme, fait de plus en plus saillie, sa surface épidermique rougit d'abord et s'érode ensuite, en laissant suinter un liquide ténu qui offre un mélange de pus et d'épiderme. Cette érosion s'étend en profondeur et se transforme en ulcère, la plupart du temps assez superficiel, à bords durs et comme taillés à pic, à fond jaunâtre, inégal, couvert de pus et de fausses membranes. Bien souvent ces tubercules cancéreux ne s'ulcèrent à aucune époque de la maladie, mais leur extension se manifeste plutôt par l'apparition de tumeurs multiples sur toute la surface ou sur plusieurs régions de la peau seulement. Les glandes lymphatiques voisines peuvent s'engorger et devenir cancéreuses. La santé générale, dans cette période infectante, se prend infailliblement, le malade dépérit, et des cancers secondaires s'y déposent ordinairement dans des organes internes, dont l'autopsie ne tarde pas à démontrer l'existence. C'est à la lèvre inférieure que l'on observe volontiers des ulcères profonds, et c'est dans cette région aussi que nous avons observé trois fois des cancers mixtes. Dans deux cas de cancer du nez, l'ulcération n'était que superficielle. Nous avons fait la même remarque pour l'ulcère cancéreux du pénis, où nous avons observé une fois aussi un champignon qui avait presque les caractères du cancer hématode, forme qui n'est pas la plus fréquente parmi les cancers de la peau, surtout lorsqu'on sait en séparer les tumeurs cancroïdes et les tumeurs érectiles anciennes qui renferment beaucoup de tissu fibro-plastique. La formation des premières tumeurs cancéreuses secondaires autour du point primitivement affecté, se fait du reste tout aussi

bien dans les tissus sous-jacents que dans le derme lui-même. Lorsque le cancer cutané est largement ulcéré, des hémorrhagies surviennent ordinairement à sa surface et peuvent affaiblir plus ou moins les malades par leur fréquence plutôt que par leur abondance. Le cancer du pénis nous paraît sous ce rapport un de ceux qui montrent la disposition la plus marquée à ces pertes de sang. C'est dans celui-ci aussi que nous observons une autre complication grave : c'est l'obstacle qu'il oppose à l'émission des urines en envahissant l'ouverture du méat urinaire, ce qui produit dans des cas pas très rares des fistules urinaires sur le trajet de la verge.

La durée de la maladie a été notée dans quatorze cas, mais, pour la plupart seulement, jusqu'à la première ou à la seconde opération, ce qui fait que nos données à ce sujet sont fort incomplètes. Dans deux cas d'autopsie où nous avons pu noter la durée exacte, elle a été une fois de cinq mois et une fois de dix-huit mois ; dans les deux cas d'autopsie cités d'après l'ouvrage de M. Rayer, elle a été une fois de dix mois et une fois d'un an. M. Broca m'a cité un cas de cancer de la peau, opéré cinq fois, et dont la durée totale, depuis le commencement jusqu'à la mort, n'a été que de six mois. Ainsi, chez ces cinq malades, la marche a été assez rapide.

Quant à l'époque où une première opération a été réclamée, 9 fois sur 12 elle n'a pas dépassé un an ; une fois au bout de quatorze mois, avec rechute peu de mois après ; une fois au bout de dix-huit mois, et une fois au bout de deux ans. Voici du reste le tableau :

		Report.	9
De 3 à 6 mois. .	3	De 12 à 15 mois. .	1
6 à 9 —. .	3	15 à 18 —. .	1
9 à 12 —. .	3	18 à 24 —. .	1
	9		12

Voilà donc une marche et une durée en tout conforme à celle que nous connaissons aux maladies cancéreuses en général.

Le sexe a été noté 16 fois; sur ce nombre il y a eu dix hommes et six femmes. Ces chiffres sont du reste trop peu notables pour en tirer des conclusions; et si nous résumons tous nos souvenirs d'observations sur le vrai cancer de la peau que nous avons trouvées dans divers recueils et ouvrages, il nous semble qu'il y a à peu près répartition égale pour les deux sexes. Sur les 16 cas pour lesquels le sexe a été noté, il y en a eu 3 de cancer de la verge, et 3 de cancer de la vulve, mais c'est surtout pour le cancer de la face que nous trouvons dans nos notes 7 hommes et 3 femmes.

L'âge a été également noté chez 16 malades. Nous avons, pour notre compte, généralement observé le cancer cutané dans la seconde moitié de la vie. Cependant nous avons vu que M. Rayer cite deux observations, l'une d'une jeune fille de 17 ans, et l'autre d'une jeune femme de 25 ans. Tous nos 16 cas se trouvent par contre entre 40 et 75 ans. L'âge de la plus grande fréquence a été entre 55 et 65, et l'âge moyen de 57 7/16. Voici du reste le tableau détaillé :

De 40 à 45 ans	2
45 à 50 —	3
50 à 55 —	1
55 à 60 —	3
60 à 65 —	5
65 à 70 —	0
70 à 75 —	2
	16

Quant à l'influence d'agents extérieurs, tels que des coups ou des contusions; quant à celle des maladies antérieures, telles que la scrofule, la syphilis, nous ne l'avons pas encore pu constater une seule fois d'une manière positive pour le véritable

cancer cutané, tandis que nous verrons plus loin qu'il n'en est plus de même pour le cancroïde de la peau ; en un mot, l'étiologie du cancer est tout aussi obscure pour celui du derme que pour tous les autres organes.

Le pronostic est tout à fait fâcheux, et nous regardons cette maladie comme tout aussi constamment incurable que le cancer du sein et du testicule. Nous établissons cependant sous ce rapport une légère différence entre le squirrhe et l'encéphaloïde de la peau d'un côté, et le cancer mélané de l'autre, car il résulte de tous les matériaux qui existent à ce sujet dans la science, et ce fait a déjà été nettement signalé par Alibert et par Jurine, et confirmé par M. Cruveilhier, que c'est l'affection la plus disposée à une prompte généralisation dans l'économie tout entière. Nous n'avons pas jusqu'à présent de matériaux suffisants pour savoir si le vrai cancer de la peau peut affecter une marche très lente et offrir par conséquent, dans ce cas, un pronostic meilleur; mais le dépouillement de nos matériaux nous a montré jusqu'à présent que le cancer de la peau paraissait plutôt un de ceux qui affectent une marche assez rapide. En résumé, rien dans l'état actuel de la science ne nous paraît atténuer bien notablement la gravité de son pronostic.

Nous ne chercherons pas à établir ici spécialement le diagnostic entre le cancer et le cancroïde de la peau, vu que nous allons décrire d'une manière très détaillée le cancroïde avec toutes ses formes et ses variétés, et que de plus, le résumé aphoristique qui terminera ce travail établira tout naturellement le parallèle entre les deux affections.

Le traitement ne sera pas non plus exposé ici d'une manière spéciale, vu que les préceptes pour l'extirpation et la cautérisation y sont les mêmes que pour le cancroïde ; que l'on peut enlever les récidives locales pour l'un aussi bien que pour l'autre, et qu'il va sans dire, d'un autre côté, sans que nous

insistions longuement là-dessus, qu'il ne faut plus opérer lorsque des tumeurs multiples se sont disséminées à la surface du derme, ou lorsque l'examen attentif du malade peut faire présumer qu'il en existe dans les organes internes.

C'est donc au traitement du cancroïde relaté plus loin dans ce travail, que nous pouvons renvoyer ici.

§ II. — *Du cancroïde de la peau.*

C'est au cancroïde qu'il faut rapporter ce que les auteurs ont décrit sous les noms de cancer verruqueux, de cancer des ramoneurs, d'ulcères chancreux du visage, de *noli me tangere*, etc., sans compter que dans les descriptions du squirrhe et de l'encéphaloïde de la peau, les affections cancéreuses et cancroïdes ont toujours été confondues, jusqu'au moment où nous en avons séparé ces dernières sous le nom de tumeurs épidermiques ou épithéliales, termes auxquels nous préférons aujourd'hui celui de cancroïde parce qu'il exprime parfaitement notre pensée sur les analogies à la fois et les différences qui existent entre ces affections et les cancers.

Nous allons d'abord esquisser les principaux caractères généraux du cancroïde épidermoïdal, et nous décrirons ensuite avec quelques détails celui des diverses régions du corps. Nous passerons ainsi en revue le cancroïde de la face, où nous établirons la sous-division entre celui de la lèvre inférieure et celui du reste du visage. Nous décrirons ensuite le cancroïde des organes génitaux externes en analysant séparément celui de la verge, du scrotum et de la vulve, pour terminer cette description spéciale par le cancroïde du tronc et des membres. Après ces détails donnés sur le cancroïde du derme, nous passerons en revue succincte et rapide celui des autres membranes, car, pour les membranes muqueuses les plus superficielles, nous

avons observé le cancroïde surtout au col utérin et à la langue. Si ces tumeurs ou ulcères, la plupart du temps uniques, forment les cancroïdes proprement dits, il en est une autre espèce que nous ne pourrons pas passer sous silence dans ce chapitre, ce sont ces fameux kéloïdes dont on a pendant si longtemps négligé l'étude anatomique, et dont le nom bizarre paraissait comporter l'idée d'une structure exceptionnelle et en dehors de toutes nos notions acquises sur les productions accidentelles. Il n'en est rien cependant, car le kéloïde est au contraire une nécessité anatomique. Composé de tissu fibreux et fibro-plastique, il devait exister dans la peau dont tout le corion n'est qu'un enchevêtrement d'éléments fibreux, et, sa nature ainsi déterminée, il n'y avait d'autre distinction à établir que celle de leur développement spontané et de celui dans des cicatrices, distinction que nous devons à la sagacité de M. Velpeau. Du reste, M. Follin a fort bien et fort nettement démontré, dans son beau travail sur les végétations cicatricielles (*Gazette des hôpitaux*, juin 1849), que l'on trouvait tous les passages entre une simple saillie cicatricielle et le kéloïde. Nous dirons même que la différence entre le kéloïde spontané et le kéloïde cicatriciel n'a rien d'étonnant pour nous; la structure dans les deux est la même, et le kéloïde spontané est pour ainsi dire une altération hypertrophique, condensante et fibro-plastique, en un mot une altération cicatricielle spontanée du derme.

Le cancroïde de la surface de la peau peut affecter diverses formes. Il débute ordinairement par un travail hypertrophique de ses couches superficielles, et ici nous pouvons distinguer trois formes, 1° celle qui siége dans la couche épidermique proprement dite, 2° celle des papilles, 3° l'hypertrophie avec infiltration épidermique du derme jusque dans ses lames les plus profondes. Ces trois formes se combinent souvent entre elles, et la troisième est la plus mauvaise, parce que l'épiderme tend alors à

s'infiltrer de proche en proche, à atteindre les muscles et les os, et à infecter les lymphatiques et les ganglions voisins. Outre cette division de point de départ, il faut encore tenir compte d'une autre différence. Toutes ces tumeurs tendent à s'ulcérer; seulement, selon les régions, on observe une espèce d'antagonisme entre la tendance végétante et la tendance ulcéreuse. La première prédomine à la lèvre inférieure et se rencontre quelquefois aux joues, d'une manière constante à peu près à la verge et à la vulve; l'ulcère qui recouvre ces tumeurs végétantes est ordinairement superficiel et serpigineux; ce n'est qu'à la lèvre inférieure que nous avons trouvé à la fois la tendance végétante et rongeante, dans quelques cas au moins. Le cancroïde du dos de la main se trouve dans des conditions analogues, l'ulcération peut y être étendue et assez profonde, ne dépassant cependant guère l'épaisseur du derme, et offrir sur ses bords un travail hypertrophique exubérant. C'est au visage surtout que le cancroïde affecte la forme d'ulcère rongeant.

Avant d'entrer dans des détails de structure, nous allons communiquer dans le tableau suivant ce que nos observations nous ont appris sur la fréquence comparative du siége, tableau qui servira de table de matières, pour ainsi dire, de nos matériaux sur le cancroïde.

Cancroïde des lèvres	20
— de la face	22
— de la verge	9
— de la vulve	4
— du tronc et des membres	10
— de l'utérus	7
— de la langue	4
— de la dure-mère	1
Kéloïde	4
	81

Il n'y a que le cancroïde du scrotum que je n'ai pas observé moi-même, et que je décrirai d'après les auteurs anglais.

1. *Anatomie pathologique.* — Avant de décrire le cancroïde en détail, nous rappellerons seulement en deux mots la structure normale du derme. La partie épidermique, qui peut varier entre un dixième et un quart de millimètre, se compose de couches imbriquées et superposées de cellules dont les plus superficielles sont comme desséchées et formées de paillettes irrégulières, la plupart sans noyaux ; mais à mesure qu'on examine les couches plus profondes de l'épiderme, nous voyons des cellules plus caractéristiques composées d'une paroi cellulaire dont le diamètre varie entre $0^{mm},02$ et $0^{mm},03$; leur noyau est ordinairement petit, variant entre $0^{mm},005$ et $0^{mm},0075$; bien souvent ce noyau est encore entouré d'une zone transparente qui n'est autre chose, probablement, qu'une seconde enveloppe. Ce n'est que dans de très jeunes cellules épidermiques et dans celles que l'on trouve dans les produits hypertrophiés de ce tissu, que l'on voit des nucléoles de $0^{mm},002$ au nombre de un à deux dans l'intérieur des noyaux. Formant d'abord la surface du corps, l'épiderme se replie pour ainsi dire, et constitue ainsi une enveloppe aux papilles. On croit généralement que l'épiderme se continue également dans l'intérieur des glandules de la peau, ainsi que dans la gaîne des poils. Cette manière de voir nous paraît erronée, car l'enduit épithélial interne de ces parties offre des caractères différentiels des cellules de l'épiderme, et se développe en outre à une époque où quelques uns de ces appendices cutanés ne constituent encore que des sacs clos, et nous trouvons de plus un enduit épithélial interne dans les glandules de la muqueuse, qui, pendant tout la vie, constituent des follicules clos. C'est dans ces couches profondes de l'épiderme que se trouve le dépôt pigmentaire, soit comme matière colorante dans l'intérieur des cellules, soit sous forme de grains pigmentaires en dehors d'elles.

Comme les papilles ne sont autre chose que des cônes de fibres

du derme entourés d'une enveloppe correspondante d'épiderme, nous allons, avant d'en parler, dire deux mots du corion de la peau. Celui-ci est constitué par un feutrage de fibres fines et élastiques, offrant une disposition aréolaire, et ce sont ces aréoles à travers lesquelles pénètrent les nerfs et les vaisseaux destinés à la surface, et entourés, pour ce passage, d'un coussinet de tissu adipeux. Les papilles ne sont donc autre chose que des élévations conoïdes des fibres du derme, ailleurs horizontales, recouvertes de couches concentriques d'épiderme, ce qui donne à l'ensemble de chacune l'aspect d'un petit cylindre, forme que l'on trouve, du reste, souvent à l'état normal ou à l'état pathologique, d'un aspect bien divers; conique, cylindrique, filiforme, dilaté à l'extrémité supérieure sous forme de massue, etc. C'est dans leur base surtout que pénètrent des vaisseaux et des anses nerveuses terminales. A l'état normal, leurs dimensions varient, en moyenne, entre un quinzième et un dixième de millimètre. Nous les trouvons surtout développées dans plusieurs régions que nous connaissons comme siége de prédilection du cancroïde cutané, telles que les lèvres, surtout la lèvre inférieure, le gland, les organes génitaux externes de l'homme et de la femme. Les vaisseaux de la peau consistent en un réseau superficiel sous-épidermique très riche, et en un réseau profond sous-dermatique; les deux sont liés entre eux par de nombreuses anastomoses à travers les mailles de la peau. La peau est très riche en vaisseaux lymphatiques, en général beaucoup plus volumineux que les capillaires du système sanguin; et pour les lèvres et le gland, l'abondance de ces réseaux, leur proximité des ganglions lymphatiques voisins, l'absence de valvules dans leur intérieur, fait comprendre la propagation directe de certains cancroïdes aux glandes voisines, par l'intermédiaire de ces lymphatiques. En général, l'histologie nous rend encore compte d'un certain nombre de rapports d'analogie qui existent entre le

cancroïde et le cancer. L'épiderme, qui constitue un des principaux éléments des premiers, est, en effet, un produit plutôt qu'un tissu proprement dit, et ses phases de développement ne sont autres qu'un blastème liquide qui tient en suspension les éléments pour la formation de cellules particulières, qui, d'abord jeunes et peu volumineuses, s'accroissent ensuite et se dessèchent plus tard. L'épiderme, comme tel, est donc la seule partie du corps qui est entièrement composée de cellules juxtaposées et non contenues ensemble par une gangue intermédiaire et différente des cellules, et qui, si elle existait, entraînerait une autre nutrition que celle par simple apposition : aussi ne sommes-nous pas étonné que ces cellules et leur blastème soient capables de s'insinuer dans l'interstice des tissus voisins et d'être charriés par les lymphatiques. L'épaisseur du derme varie entre 3 et 5 millimètres.

Nous ne décrirons pas ici avec détail la structure et la répartition des glandules sébacées et sudoripares, ainsi que celle des poils, vu que les notions sur ce sujet doivent être, d'un côté, suffisamment répandues, et que, d'un autre côté, elles n'ont en aucune façon un rapport aussi direct avec la maladie qui nous occupe ici, que les éléments histologiques que nous venons de passer en revue.

On trouve tous les passages entre le cancroïde cutané, qui offre l'apparence la plus maligne, et les affections dont l'innocuité ne saurait être révoquée en doute. Rien de plus probant, sous ce rapport, que la structure des verrues ordinaires. Nous n'y trouvons, en effet, autre chose que, sous une enveloppe épidermique commune, un certain nombre de papilles notablement augmentées de volume, offrant un tiers à un demi-millimètre de largeur sur deux tiers à un millimètre de longueur. Chacune de ces papilles, dont nous avons compté de six à dix-huit dans une seule verrue, montre d'abord une enveloppe

épidermique composée de couches concentriques, à la base une faible élévation fibreuse et des vaisseaux sanguins dans leur intérieur; l'hypertrophie de la coiffe épidermique des papilles en constitue le principal élément.

Eh bien! si nous examinons à présent des tumeurs cancroïdes, saillantes et muriformes, et non encore ulcérées, ou si nous prenons les bords durs et verruqueux, lorsque l'ulcération s'est déjà établie, nous n'y trouvons autre chose que ces mêmes papilles avec une augmentation notable de vascularité et de nutrition des papilles, en un mot, notablement hypertrophiées. Dans certains cancroïdes ulcérés, tout le fond de l'ulcère est garni de ces éminences papillaires, et nous y trouvons également, comme principal élément histologique, les cellules de l'épiderme tout à fait à la surface, et, dans le liquide qui les recouvre, nous ne voyons que des feuillets irréguliers et racornis, tandis que l'enduit épidermique des papilles se compose de ces mêmes couches d'épiderme que nous avons rencontrées dans de simples verrues ou dans les condylomes du gland. Au premier abord, l'étroite juxtaposition des cellules épidermiques leur donne un aspect fibreux, et les cellules, vues de champ, paraissent fusiformes; mais si l'on ajoute un peu d'acide acétique, on reconnaît facilement des cellules épidermiques avec leurs noyaux. Il arrive, comme nous l'avons vu plus haut, que la couche épidermique superficielle est très notablement épaissie, tandis que les papilles ne sont que peu augmentées de volume. Dans ce cas, on ne trouve qu'un tassement d'épiderme et un bien grand nombre de feuillets volumineux plissés et comme desséchés.

La forme, de beaucoup la plus essentielle à connaître, et la plus grave en même temps, est celle dans laquelle l'hypersécrétion épidermique ne s'est pas bornée aux papilles et à la couche superficielle, mais entoure plutôt la base de celles-ci, et s'étend dans les couches profondes du derme lui-même; c'est alors que

peu à peu les mailles fibreuses de celui-ci en sont complétement envahies, ce qui donne à tout ce tissu un aspect jaune pâle, plutôt homogène, grumeleux, infiltré quelquefois d'une substance épaisse qui ressemble au mastic des vitriers, et qui, délayé avec de l'eau, se désagrège en feuillets sans communiquer au liquide l'aspect trouble que lui donne ordinairement le suc cancéreux ou le pus. C'est ce genre d'infiltration épidermique du derme qui, combiné souvent avec l'hypertrophie papillaire, peut envahir les tissus sous-jacents et se propager aux muscles, aux os et aux glandes lymphatiques. On trouve dans ces cas-là, à l'examen microscopique, dans ce tissu morbide, des cellules d'épiderme à tous les degrés de développement, de simples petits noyaux non entourés d'enveloppe, de jeunes cellules avec un petit noyau, des cellules plus grandes avec un noyau plus volumineux, et qui, par le développement insolite de son nucléole, peut ressembler à celui des cellules cancéreuses, et on ne trouve pas moins enfin les divers degrés d'altération de l'épiderme, soit le plissement avec disparition du noyau, soit une autre altération commune à toute espèce de cellules, l'infiltration graisseuse ou granuleuse. Les granulations y sont souvent si denses alors et si nombreuses, que l'on n'y reconnaît plus ni noyau ni contenu cellulaire. L'infiltration graisseuse peut aussi être confluente et donner aux feuillets épidermiques ainsi altérés un aspect terne et opalisant. Cette dernière altération se trouve aussi dans l'élément très important que nous allons décrire, et que nous n'avons jamais rencontré dans un autre produit morbide que dans le cancroïde cutané : c'est cet élément que nous avons indiqué sous le nom de *globes épidermiques*, vu que ces corps ovoïdes ou sphériques ne sont composés que d'un véritable tassement concentrique de feuillets épidermiques, qui, dans la partie périphérique surtout, sont si étroitement juxtaposés que ces globes en prennent un aspect tout à fait fibreux ; et ce n'est que vers le centre, et plus

généralement lorsqu'on ajoute de l'acide acétique, que l'on y reconnaît les cellules propres à l'épiderme. Les dimensions de ces globes varient entre un vingtième et un dixième de millim., et au delà. Nous n'avons jamais rencontré ces globes concentriques d'épiderme dans d'autres productions morbides, que dans les tumeurs cancroïdes de la peau, de la langue et du col utérin. M. Mayor, auquel je les avais montrés dans le temps, les a décrits comme étant des follicules pileux; mais comment justifier alors leur présence au gland, à la langue ou au col utérin? Nous ne pouvons pas non plus admettre l'idée que ce soient là des cellules-mères d'épiderme : d'abord nous n'avons jamais constaté une formation de ce genre, et de plus, il y a là un tassement concentrique de feuillets épidermiques si nombreux, que nous avons, à coup sûr, quelque chose de plus compliqué qu'une cellule simple ou une cellule-mère, même une cellule grand'mère, si on veut pousser l'exagération plus loin, comme pour tant d'autres points de la cellulomanie. Nous avons cru dans le temps qu'il s'agissait peut-être de coupes transversales de l'enduit épidermique des papilles cutanées; cependant nous avons renoncé à cette explication depuis que nous les avons rencontrées dans les couches profondes du derme cutané et du derme lingual, et dans les glandes lymphatiques du cou et de l'aine. Nous ne pouvons donc, pour le moment, envisager ces corps que comme des tassements concentriques de feuillets épidermiques munis d'une enveloppe propre, sans avoir une idée nette sur leur formation.

Nous signalons, pour le cancroïde cutané en général, un fait qui nous paraît de la dernière importance pratique, et qui a aussi été constaté par M. Follin : c'est que souvent les parties ambiantes de la portion de la peau malade sont également infiltrées d'épiderme d'une manière diffuse, ce qui facilite singu-

lièrement les récidives lorsque l'opération n'a pas été faite dans une grande étendue.

Lorsque le cancroïde est superficiellement ulcéré, avec hypertrophie notable de la couche papillaire, les croûtes qui sont toujours composées d'un mélange d'épiderme, de pus et de matière sébacée, peuvent affecter la forme de cornes, en offrant une surface externe assez lisse et en représentant par leur surface interne et adhérente, le moule pour ainsi dire des éminences papillaires sous-jacentes. On distinguera toujours ces croûtes cornées des véritables cornes cutanées par l'absence de tout tassement dense, régulier et horizontal, et par leur siége même, car on sait que les vraies cornes prennent leur origine ordinairement dans un follicule malade de la peau.

La surface des ulcères, abstraction faite des croûtes, montre également l'épiderme et le pus dans diverses proportions; elle est souvent recouverte d'une couche pseudo-membraneuse. Nous avons vu plusieurs fois des vibrions et une fois même cinq espèces différentes d'infusoires polygastriques, sur un ulcère cancroïde de la verge.

Nous avons dit, plus haut, que les muscles, les os et les glandes lymphatiques pouvaient être envahis par l'affection cancroïde; toutefois ce fait est loin d'être fréquent. Nous n'avons vu le tissu musculaire envahi que trois fois en tout, ainsi dans 1/27 des cas: deux fois c'était à la lèvre inférieure, une fois de manière uniforme, et une autrefois par des dépôts épidermiques multiples. Ce fait nous rappelle celui de dépôts semblables dans le corps caverneux chez un individu atteint de cancroïde de la verge; une fois c'était à la langue, et dans cet organe l'envahissement des muscles doit même être fréquent, vu que le derme y est mince et intimement adhérent aux muscles sous-jacents.

Nous avons vu les os envahis cinq fois en tout : ainsi dans un peu moins de 1/16 des cas, trois fois c'était le maxillaire infé-

rieur qui avait été atteint par un cancroïde de la lèvre; une fois le mal avait envahi la branche horizontale de haut en bas et avait fait disparaître l'os jusqu'au niveau du canal dentaire; une autre fois cette même partie était envahie de dehors en dedans, et une troisième fois il y existait une large ulcération qui avait détruit l'os maxillaire dans une grande étendue : c'était le cas d'un individu qui, après plusieurs récidives locales, a fini par succomber à l'étendue du mal local, sans que cependant il fût généralisé dans le reste de l'économie. Une quatrième fois nous avons vu le maxillaire supérieur envahi par du tissu épidermique, et une cinquième fois enfin, un cancroïde du talon s'était étendu au calcanéum à une profondeur de cinq à six millimètres.

Nous avons observé trois fois une infection épidermique des ganglions lymphatiques voisins du cancroïde : une fois c'étaient les ganglions inguinaux dans un cancroïde de la verge, et deux fois des ganglions du cou dans un cancroïde de la lèvre inférieure. Nous reviendrons plus tard avec détail sur ces faits. M. Bennet a de plus signalé une infection épidermique des glandes lymphatiques à la suite d'un cancroïde de la langue. Les partisans de l'identité entre le cancroïde et le cancer pourraient voir dans ce fait, que nous sommes les premiers à signaler, une raison en faveur de leur doctrine. Un examen bien superficiel, seul permet d'arriver à cette conclusion. Qu'y a-t-il d'exceptionnel dans cette propagation aux ganglions? Ne les voyons-nous pas s'engorger à la suite des affections de la peau les plus simples et les plus bénignes? Nous savons de plus, par les beaux travaux de M. Ricord, que le virus syphilitique d'un chancre peut se propager directement aux ganglions lymphatiques voisins de l'aine, et rendre le pus de ses bubons inoculable, tandis que celui-ci ne l'est plus en aucune façon dans les glandes circonvoisines, lorsque l'inflammation s'y est étendue par pro-

pagation. Nous observons quelque chose d'analogue pour le cancroïde, car passé les glandes lymphatiques en rapport anatomique direct avec le cancroïde, on ne trouve plus trace d'infection, ni dans les ganglions éloignés ni dans les autres parties du corps. On est tout naturellement porté à se demander de quelle façon l'épiderme arrive dans ces glandes, et ici deux manières de l'expliquer se présentent : l'une est celle par absorption du blastème épidermique qui, pris par les vaisseaux lymphatiques, est déposé dans les glandes où alors les cellules d'épiderme se forment ; l'autre est celle du transport direct de l'épiderme par les lymphatiques érodées qui le charrient jusque dans les glandes voisines. Ce transport n'a rien qui répugne à l'esprit lorsqu'on tient surtout compte du transport des matériaux solides d'un point de l'économie à un autre à travers les lymphatiques, constaté déjà par OEsterlen, et tout récemment catégoriquement démontré par mon ami M. Follin qui, sur des individus dont les avant-bras étaient tatoués en rouge, a trouvé des molécules de vermillon dans les ganglions de l'aisselle, et du bleu de Prusse chez des individus tatoués en bleu. Nous trouvons une différence incontestable entre cette propagation du cancroïde aux ganglions voisins, et leur délimitation constante dans ces organes d'un côté, et l'infection du vrai cancer qui, se faisant par toutes les voies circulatoires, ne reconnaît, par cela même, point de limites et se propage ainsi aux points les plus éloignés de l'économie tout entière. Loin donc de voir dans l'infection ganglionnaire une raison d'identité, nous y voyons une preuve de différence.

Nous avons observé l'infection épidermique des ganglions dans trois états différents. La première forme est celle où un blastème en partie solide, entouré d'un pus presque transparent, ailleurs d'un jaune pâle et luisant, et dans d'autres endroits plus terne et plus sec, était déposé dans des glandes lymphatiques

médiocrement tuméfiées. La seconde forme est celle d'un dépôt terne, jaune pâle, homogène, ressemblant beaucoup au tubercule crud et jaune, mais moins grumeleux et plutôt feuilleté, caractère qui ressort surtout lorsqu'on délaye des parcelles de cette substance dans de l'eau. La troisième forme enfin constitue la phase la plus avancée de l'infection glandulaire épidermique. Le dépôt de cette substance, incapable de se vasculariser, excite autour de lui une phlegmasie suppurative; l'abcès qui se forme devient un ulcère creux et intarissable, et lorsqu'on gratte sa surface interne, on est tout étonné d'y constater, à l'examen microscopique, l'existence de nombreux feuillets épidermiques. Nous n'avons observé cette terminaison qu'une seule fois dans la région inguinale, et comme l'individu avait en même temps un chancre phagédénique à la surface de son cancroïde, nous sommes à nous demander jusqu'à quel point la complication syphilitique a pu influencer cette marche fâcheuse de ce bubon épidermique.

Nous arrivons à présent à un des points les plus capitaux pour l'appréciation de la nature du cancroïde : c'est le mode de participation de l'économie tout entière à la maladie locale. Nous pouvons dire d'une manière nette et positive que jamais nous n'avons observé de cancroïdes secondaires en dehors de la zone de propagation directe du mal local primitif. Nous avons bien vu les malades succomber à la suite des atteintes profondes de l'économie qu'avaient occasionnées de vastes ulcères cancroïdes, des foyers étendus d'infection putride, et nous avons même vu cette terminaison fatale accélérée, dans l'ulcère cancroïde étendu de la lèvre inférieure, par la déperdition continuelle de salive et par les obstacles apportés à la nutrition. Mais en analysant 18 autopsies, dont 14 nous appartiennent, et dont 2 sont empruntées à la thèse de M. Mayor et les deux autres au beau travail de M. Huguier sur l'esthiomène de la vulve, nous trouvons *dans*

toutes l'absence totale de dépôts secondaires semblables au mal primitif que nous avons si fréquemment observé dans le véritable cancer, et dans lequel cette infection varie entre un 1/3 et les 2/3 des cas selon les divers organes. Nous avons déjà vu plus haut que, même dans le cancer de la peau, cette infection n'était pas rare. Sur nos 18 observations il n'y en a que 12 où la maladie est arrivée à sa terminaison naturelle, les 6 autres ayant succombé à la suite des opérations; mais l'absence de généralisation, dans les uns comme dans les autres, n'est pas moins un fait de la plus haute valeur pathologique. Les 18 autopsies se répartissent de la manière suivante : il y en a 7 de cancroïdes de la lèvre inférieure, 2 d'ulcères chancreux du visage dont 1 appartient à M. Mayor, 4 de cancroïdes de la verge dont 1 appartient au même auteur, 4 de cancroïdes de la vulve dont 2 empruntés à M. Huguier, et 1 de cancroïde de la main.

L'étude anatomique du cancroïde nous révèle donc les caractères suivants d'analogie et de différence avec le carcinome. 1° Analogie : tendance ulcéreuse et envahissante, possibilité de l'infection des ganglions voisins et terminaison fatale par épuisement et infection putride, lorsque rien n'a pu s'opposer aux progrès de l'ulcère cancroïde. 2° Différence : structure et aspect différents, composition microscopique tout autre également que dans le cancer, absence enfin d'infection générale et de dépôts multiples et éloignés dans l'économie tout entière.

Quant aux différences cliniques et au mode de récidive, il en sera question plus loin.

Nous allons jeter un coup d'œil sur nos notions, bien incomplètes il est vrai, relatives à la composition chimique du tissu des cancroïdes. Nous ne les donnons nullement comme des résultats d'observation, mais comme de simples matériaux capables de contribuer peut-être plus tard à éclairer ce sujet.

En faisant bouillir la substance de ces hypertrophies épider-

miques avec de l'alcool, celui-ci se trouble et laisse déposer, après le refroidissement et l'évaporation, un dépôt blanchâtre et granuleux au microscope. Cette substance nous a procuré l'occasion de faire une observation curieuse : en la délayant avec une solution de chlorure de zinc et en la laissant reposer pendant plusieurs jours, il se forme une substance transparente et élastique qui offre les formes les plus variées de corps qui ont beaucoup de ressemblance avec des cellules et avec des fibres. Parmi les cellules, il y en a qui sont simples, d'autres qui paraissent renfermer une autre cellule ; il y en a un grand nombre dans lesquelles on voit 7 et 8 vésicules emboîtées d'une manière concentrique les unes dans les autres. La liqueur alcoolique se trouble lorsqu'on y ajoute de la potasse ; mais en chauffant, le précipité se redissout pour reparaître de nouveau par le refroidissement. On y voit des formes granuleuses diverses, sans type distinctif. Le tannin forme également un précipité granuleux qui n'offre rien de particulier non plus. L'éther y produit un trouble laiteux.

Lorsqu'on traite cette substance épidermique avec l'acide acétique, les amas de feuillets épidermique se désagrégent, leur paroi devient très transparente et le noyau très visible. Un morceau de la substance qu'on laisse digérer pendant quelque temps dans de l'acide nitrique, prend une couleur jaune pâle, et devient ensuite d'un jaune orange lorsqu'on le plonge dans une solution de nitrate de mercure. Cette réaction n'offre d'ailleurs rien de caractéristique, étant connue dans beaucoup de tissus animaux.

Un morceau de ce tissu cuit avec une solution de potasse 1/10, se transforme assez promptement en une matière gélatineuse, et diminue ensuite de volume au point d'être à peu près dissous, en laissant toutefois le liquide trouble et nuageux. Les morceaux de cette substance gélatineuse, examinés au microscope, font en-

core fort bien reconnaître les globes concentriques d'épiderme et devenus très transparents ; et, chose curieuse, on reconnaît fort bien les parois cellulaires, mais les noyaux ont partout disparu ; un peu plus tard la paroi se dissout aussi bien que le noyau. La partie dissoute dans la potasse donne un précipité par l'acide acétique. Les acides minéraux concentrés racornissent en général tous ces eléments sans les dissoudre. Nous regrettons de ne pas avoir pu pousser plus loin ces études, mais il est impossible qu'on s'occupe à la fois de recherches anatomiques et microscopiques, de l'observation clinique pour tous ces produits morbides, et qu'on fasse en même temps les recherches longues et délicates des réactions chimiques, surtout lorsqu'une bonne partie du temps est déjà prise par les occupations de la pratique. Mais nous sommes persuadé que des études chimiques comparatives entre les tissus cancroïde et cancéreux conduiront à des résultats intéressants, surtout si l'on ne se borne pas à faire des analyses quantitatives et élémentaires, et si l'on fait en même temps un grand nombre d'essais avec les principaux réactifs en usage en chimie organique.

Nous parlerons plus tard avec détail de l'anatomie de ces tumeurs fibreuses et fibro-plastiques, et quelquefois fibro-gélatineuses de la peau, qui tantôt se forment spontanément, et tantôt dans les cicatrices, et que l'on a désignées sous le nom de kéloïdes.

Il est enfin un dernier point dans l'anatomie de ces produits morbides, qui mérite toute l'attention des pathologistes : c'est la chute spontanée de ces tumeurs épidermiques que l'on observe quelquefois, et qui se montre plus fréquemment à la verge qu'ailleurs. De plus, nous avons observé un cas où des tumeurs cancroïdes non douteuses se sont flétries et ont disparu après avoir duré pendant un certain temps.

2. Pathologie du cancroïde cutané.

A. *Symptomatologie.* — Le début de la première apparition du cancroïde attire rarement l'attention des malades; cependant j'ai eu occasion d'en enlever deux fois, tout à fait à l'état naissant, à des malades qui, frappés et préoccupés par des exemples de cancer ou de cancroïde cutané, qu'ils avaient observé parmi leurs relations, désiraient faire enlever des petits boutons verruqueux de la face, peu de mois après leur apparition, ce que je fis par l'excision, en opérant tout à fait dans les parties saines. Les deux malades que j'ai pu suivre pendant longtemps, l'un pendant cinq, l'autre pendant quatre ans, n'ont pas eu de récidives, et pourtant leurs boutons enlevés offraient les altérations papillaires et épidermiques des boutons cancroïdes en général. La première apparition se caractérise en général par une petite papule ou un petit bouton d'apparence verruqueuse, qui ne fait au commencement qu'une légère saillie au-dessus du niveau de la peau. Une desquamation toute locale et peu étendue se fait souvent de bonne heure à ce niveau, et les malades, en arrachant ces petites pellicules, irritent de cette façon la petite saillie. Chez les hommes, le rasoir y produit le même effet d'une manière régulière et fréquemment répétée. Peu à peu la petite excroissance augmente de volume et prend la forme d'une petite verrue, et de ce qu'on désigne vulgairement sous le nom de *poireau*. Cependant ces sortes de grosseurs sont généralement plus vasculaires que les verrues simples, et en les examinant à la loupe on voit distinctement de petits vaisseaux à leur surface et même à leur pourtour. Les pellicules qui se détachent sont tout simplement épidermiques ; les petites tumeurs elles-mêmes offrent une forme épidermique et des papilles augmentées de volume et de vascularité. Il n'est pas rare de voir

le mal persister pendant des années et même toute la vie à ce premier degré de développement.

En suivant sa marche progressive, on voit tantôt la peau se fendiller au niveau de la tumeur, et une petite crevasse se former, par suite de la distension de l'épiderme par les papilles hypertrophiées; tantôt la petite tumeur augmente et devient une tumeur verruqueuse plus visible et plus saillante.

Après avoir persisté pendant plus ou moins longtemps à l'état stationnaire ou d'accroissement lent, la petite tumeur rougit à la surface; celle-ci devient inégale et comme lobulée. Sa consistance cependant ne diffère point encore notamment de celle des excroissances cutanées ordinaires. De plus, en palpant, on peut se convaincre que le mal est encore borné aux couches superficielles de la peau, et qu'à la circonférence tous les tissus sont encore dans un état d'apparente intégrité. Lorsque ces tumeurs verruqueuses siégent sur les ailes du nez, elles offrent de très bonne heure un aspect plus coloré, plus rougeâtre, qui ne les empêche pas de rester pendant bien des années à l'état de parfaite innocuité. La base de ces tumeurs est, en général, aussi large ou plus large que le reste de leurs dimensions, et ce n'est qu'exceptionnellement et quelquefois dans le cancroïde de la figure seulement qu'on les voit comme pédiculées. Nous voyons la petite tumeur verruqueuse prendre successivement un accroissement et atteindre le volume d'un gros pois, d'une noisette, d'une cerise, et jusqu'à celui d'une noix, et varier ainsi entre les dimensions de quelques millimètres, de 2 centimètres et au delà de largeur, avant que l'ulcération survienne : aussi est-ce dans ces cas principalement que l'aspect muriforme devient à cette époque de plus en plus prononcé. Nous préférons en quelque sorte ce mode de développement à un autre que nous observons surtout à la lèvre inférieure et à la verge : c'est la propagation en largeur plutôt qu'en hauteur; propagation diffuse et essentiellement

insidieuse, parce qu'elle masque les limites exactes du cancroïde : aussi avons-nous vu des chirurgiens de premier mérite pratiquer alors l'excision en deçà de ses limites, et la récidive, que nous avions annoncée à coup sûr après l'examen anatomique des pièces, n'a pas tardé à nous donner raison.

Quelle que soit l'étendue en hauteur et en largeur de ces tumeurs avant l'ulcération, nous y avons constamment rencontré, à l'examen anatomique, les éléments épidermiques et papillaires signalés plus haut ; et si nous trouvons dans plusieurs auteurs le tissu squirrheux indiqué dans la composition de ces cancroïdes, et pour des productions qui évidemment n'en renfermaient point, c'est qu'ici encore la théorie incomplète a fait mal observer, et l'on comprend très bien que tant qu'on n'était pas prévenu que, dans les cancers de la peau, il y avait des productions vraiment cancéreuses, et d'autres qui ne l'étaient pas, la grande élasticité des termes de squirrhe et d'encéphaloïde ne se prêtait que trop bien à des erreurs de ce genre. En général, l'œil ne voit bien que lorsqu'il voit avec intelligence, et ce ne sont pas les perceptions de nos sens qui développent nos facultés cérébrales, mais c'est bien le cerveau, au contraire, qui leur assigne leur rôle pour qu'ils rendent compte des impressions qu'ils reçoivent : aussi avons-nous la conviction que, lorsque les notions nouvelles sur les tissus morbides auront pénétré davantage, on n'aura besoin du microscope que d'une manière exceptionnelle pour déterminer la nature d'un produit accidentel.

Nous venons de décrire la première phase du développement du cancroïde cutané : celui-ci passe à la seconde après un laps de temps plus ou moins prolongé, passage souvent hâté par des attouchements indiscrets ou par l'emploi incomplet ou maladroit des caustiques. Dans cette seconde période, le produit morbide s'accroît plus rapidement, des démangeaisons vives surviennent à la surface ; d'autres fois on observe des douleurs

lancinantes plus ou moins vives, consécutives à la tension et au gonflement des tissus malades. Les douleurs lancinantes n'ont du reste, pour nous, rien de pathognomonique pour le cancer, dans lequel nous les avons vues aussi souvent manquer que nous les avons vues exister dans les affections non cancéreuses ; et pour le cas particulier, l'absence de ces douleurs serait bien plus étonnante que leur existence, lorsqu'on réfléchit surtout à la richesse des papilles en filets nerveux. Si nous pouvons désigner la première période comme celle du développement local sans réaction inflammatoire, nous qualifierons la seconde période comme celle de l'accroissement plus rapide, accompagnée d'une hypérémie bien plus prononcée avec la double tendance à l'hypertrophie végétante, ou à l'ulcération tantôt serpigineuse, tantôt rongeante. La première est plus prononcée aux organes génitaux, la seconde au visage; la lèvre inférieure tient le milieu entre les deux. Voici de quelle façon un premier travail, que l'on pourrait désigner comme pseudo-ulcéreux, s'opère : la couche épidermique commune est de plus en plus fortement soulevée par les papilles et les autres portions engorgées. Fendillée et écartée d'abord, cette couche commune d'épiderme finit par disparaître pour être remplacée par des croûtes composées de pus et d'épiderme qui tombent de temps en temps pour se réformer de nouveau. Dans d'autres cas, l'enveloppe commune d'épiderme ayant disparu, tous les lobes de la tumeur contenue auparavant sous cette enveloppe s'écartent, se renversent au dehors, et laissent apercevoir dans leur milieu un véritable ulcère couvert de pus et de fausses membranes dont les bords sont formés par des excroissances verruqueuses, rouges, très vasculaires, et qui se distinguent déjà au premier abord des bourgeons charnus qui se trouvent au fond de l'ulcère, au-dessous des concrétions pseudo-membraneuses. Nous avons observé trois fois cette marche dans des cancroïdes du dos

de la main. Une troisième forme enfin d'ulcération, et c'est là l'ulcère cancroïde type, est constituée par l'ulcère chancreux du visage des auteurs anciens, qui se montre surtout à la face, et où le travail ulcéreux se fait d'une manière lente, sous une croûte qui en masque les progrès et détruit ainsi successivement toute la couche de tissus hypertrophiés pour se transformer peu à peu en un ulcère auquel le derme d'abord, et les tissus sous-jacents plus tard, servent de base, ulcère à marche lente tant qu'il n'a pas envahi les surfaces muqueuses. Mais celles-ci une fois atteintes, l'ulcère, s'étendant de proche en proche sur des surfaces considérables, peut détruire le nez, la joue, les paupières et même les yeux, tout en restant mou, tout à fait local, en ne faisant mourir les malades que très lentement, ne s'accompagnant point à l'autopsie de dépôts vraiment cancéreux dans les organes éloignés.

L'ulcère rongeant et serpigineux ne s'accompagne guère d'une infiltration épidermique des lames profondes du derme ; celle-ci se trouve plutôt dans ces pseudo-ulcères du pénis, et surtout de la lèvre inférieure, dans lesquels les papilles sont souvent si développées, que même les auteurs qui en comprenaient le moins la véritable nature y ont noté l'existence d'excroissances fongueuses. Ces papilles y offrent, du reste, les mêmes variétés que celles que nous avons signalées dans la partie anatomique : des saillies allongées, cylindriques, coniques, filiformes, cunéiformes, réunies par groupes à leur base ou à leur sommet, et offrant toujours sur le vivant une rougeur vasculaire très prononcée. Cependant tous ces caractères sont bien moins tranchés et disparaissent bien plus promptement par le travail ulcéreux, à la lèvre inférieure surtout, lorsque l'affection épidermique s'étend dans les lames profondes du derme. C'est alors que les muscles, les os et les glandes lymphatiques peuvent être infectés par continuité. On a souvent mal à propos désigné sous le

nom de *tumeur squirrheuse*, l'induration qui résulte de cette infiltration épidermique et du travail phlegmasique, chronique, qui rend quelquefois les bords de l'ulcère durs et calleux.

Ce n'est pas au visage seulement que l'ulcère cancroïde peut faire de grands ravages lorsqu'il arrive au dernier terme naturel de son développement. Nous avons vu le cancroïde de la lèvre inférieure et de la verge se transformer, pendant les derniers temps de leur durée, en vastes ulcères couverts de sanie, et faire succomber les malades par l'abondance de la suppuration, par l'infection putride, et à la lèvre aussi par suite des obstacles apportés à la nutrition. Malgré la destruction locale énorme, l'écoulement continuel de la salive, et l'altération profonde des organes de la mastication, malgré les désordres locaux les plus graves, en un mot, l'autopsie, dans ces cas, nous a démontré l'absence nette de tout produit cancéreux ou cancroïde interne et l'absence même de toute lésion viscérale non cancéreuse.

Lorsque l'ulcère cancroïde a acquis un certain développement, et lorsqu'il siége surtout sur des tissus hypertrophiés, il n'est pas rare d'y observer des hémorrhagies.

L'influence des maladies cancroïdes de la peau sur l'état général de la santé ne se fait généralement sentir que tard, et se trouve en rapport direct avec l'étendue de l'ulcération et la gravité des fonctions vitales compromises. Nous verrons, du reste, tout à l'heure que la marche et la durée de ces maladies, prises dans leur totalité, est bien moins fâcheuse que celle du vrai cancer, et que la mort par suite de l'infection de l'économie et des dépôts secondaires éloignés n'y a jamais été observée jusqu'à ce jour. Nos dix-huit autopsies citées plus haut, provenant d'individus qui avaient succombé avec des cancroïdes cutanés, en font foi.

B. *Marche et durée.* — Le cancer de la peau est une affection

en général à marche rapide, ce dont on nous a communiqué encore dernièrement un exemple. C'était un cas que M. Broca avait observé dans le service de M. Blandin, et chez lequel la durée totale de la maladie, y compris cinq opérations et cinq récidives à peu de distance du mal primitif, n'avait été que de six mois. Nous avons vu dans tout le courant de ce travail que les affections cancéreuses offraient en général une marche rapide, dont la moyenne oscillait bien plus entre un et deux ans qu'entre des chiffres plus élevés. Nous arrivons à un tout autre résultat pour le cancroïde de la peau ; et si nous prenons la durée dans cinquante observations jusqu'au moment où nous avons perdu les malades de vue ou qu'ils sont morts, soit de l'opération, soit arrivés au dernier terme de leur maladie, nous trouvons encore une durée totale moyenne de six ans et demi, quoique dans la plupart des faits observés par nous la maladie n'eût pas encore parcouru toutes ses phases. Nous constatons, il est vrai, des différences pour la durée moyenne selon le siége du cancroïde. C'est ainsi que la lèvre inférieure offre la durée moyenne la plus courte, de trois ans et deux cinquièmes; une proportion analogue existe pour le cancer de la verge : le chiffre est de trois ans et deux tiers; aussi avons-nous vu que le pronostic était plus fâcheux lorsque le cancroïde siégeait sur ces régions que partout ailleurs. Nous trouvons, par contre, une durée moyenne bien plus élevée pour le cancroïde du visage, la lèvre exceptée : elle est de neuf ans et sept douzièmes. Nous trouvons un chiffre semblable pour le cancroïde de la vulve, où nous avons celui de neuf ans et un sixième, si nous ajoutons à nos observations les deux cas avec autopsie publiés par M. Huguier. Nous avons enfin la durée moyenne encore considérable de huit ans et quarante-trois quarante-huitième pour le cancroïde du tronc et des membres. Voilà donc des chiffres bien différents de ceux du cancer, et nous espérons qu'ils seront un jour plus favorables encore,

lorsqu'on se sera davantage pénétré de la nécessité d'attaquer le cancroïde plus énergiquement qu'on ne le fait aujourd'hui, de l'enlever largement et dans les parties saines, et de poursuivre les récidives à l'état naissant et aussi longtemps que le bistouri ou les caustiques pourront les atteindre jusqu'à la limite des opérations possibles, n'importe qu'il faille enlever les parties molles dans une vaste étendue, reséquer les os et extirper les glandes lymphatiques à mesure qu'elles se prennent. Voici, du reste, le tableau de la durée dans cinquante cas de cancroïde :

	Lèvre inférieure.	Face.	Verge.	Vulve.	Tronc et membres.	TOTAL.
6 mois. . .	2	»	»	»	»	2
12 — . . .	3	»	»	»	»	3
18 — . . .	2	1	2	»	»	5
2 ans . . .	3	2	»	»	1	6
3 — . . .	1	1	1	1	»	4
4 — . . .	»	2	»	»	1	3
5 — . . .	»	1	1	»	»	2
6 — . . .	»	2	1	1	1	5
7 — . . .	1	1	»	»	»	2
8 — . . .	»	»	»	»	»	»
9 — . . .	»	»	»	»	»	»
10 — . . .	2	3	1	»	»	6
11 — . . .	»	»	»	»	»	»
12 — . . .	1	»	»	»	2	3
13 — . . .	»	»	»	»	»	»
14 — . . .	»	1	»	»	1	2
15 — . . .	»	1	»	»	»	1
16 — . . .	»	»	»	»	»	»
17 — . . .	»	»	»	»	»	»
18 — . . .	»	»	»	»	»	»
19 — . . .	»	»	»	»	»	»
20 — . . .	»	2	»	1	1	4
23 — . . .	»	1	»	»	1	2
	15	18	6	3	8	50

Nous avons déjà indiqué plus haut les principaux points de la marche du cancroïde pendant ses diverses périodes; nous disons seulement, en résumé, que le bouton cancroïde peut

rester stationnaire pendant bien des années sur presque toutes les régions du corps, la lèvre et la verge exceptées; qu'à l'état d'ulcération le mal peut également persister pendant bien des années au visage; qu'enfin la terminaison fatale, lorsqu'elle résulte de ces affections, n'est nullement la conséquence d'une dégénération du cancroïde, mais due plutôt à l'influence fâcheuse d'un vaste ulcère rongeant, dont le pronostic est d'autant plus grave que cet ulcère peut compromettre des fonctions essentielles à la vie. En un mot, nous signalons pour le cancroïde une marche plus bénigne que pour le cancer; mais nous tomberions dans une exagération également bien grande si nous voulions désigner cette marche comme absolument bénigne, et ici encore le terme de cancroïde nous rappelle constamment qu'à côté des différences il existe des analogies avec le cancer.

C. *Circonstances concomitantes.* — Nous allons passer en revue ici l'influence du sexe, de l'âge, des maladies antérieures, des causes externes.

Le sexe a été noté dans soixante et une de nos observations sur le cancroïde cutané. Nous faisons abstraction ici complétement, ainsi que dans tout ce que nous avons dit sur la marche et la durée des affections cancroïdes, des membranes muqueuses et séreuses, et des kéloïdes. Nous arrivons au résultat très curieux que, pris en masse, le cancroïde offre une fréquence égale pour les deux sexes, trente et un hommes pour trente femmes; mais nous trouvons un antagonisme fort remarquable entre le cancroïde de la lèvre inférieure et celui du reste de la face. C'est ainsi que, pour la première, nous avons sur dix-huit malades quinze hommes et trois femmes, tandis que, pour le cancroïde du visage, nous avons sur vingt-deux cas dix-huit femmes et quatre hommes. Les chiffres pour le cancroïde de la face nous paraissent cependant offrir une moindre valeur que

ceux pour le cancroïde de la lèvre inférieure, vu que, pour la première catégorie, nous avons recueilli une partie de nos observations à l'hospice de la Salpêtrière, où il n'y a que des femmes. Le cancer de la verge nous paraît plus fréquent que celui de la vulve; nous avons observé le premier sept fois, le second quatre fois; quant au cancroïde du tronc et des membres, nous n'avons noté le sexe que huit fois; sur ce nombre, il y avait trois hommes et cinq femmes. Voici, du reste, ce tableau :

	Hommes.	Femmes.	Total.
Cancroïde des lèvres.	15	3	18
— de la face.	4	18	22
— de la verge.	9	»	9
de la vulve.	»	4	4
— du tronc et des membres.	3	5	8
	31	30	61

L'âge a été noté dans cinquante-neuf cas; et, bien que nous trouvions le cancroïde proportionnellement plus souvent dans la première moitié de la vie que le cancer, nous avons cependant, sous ce rapport, des différences assez peu marquées avec le cancer.

L'âge de la plus grande fréquence pour le cancroïde des lèvres se trouve entre quarante et cinquante ans; pour la face, entre cinquante-cinq et soixante-quinze; pour la verge, entre quarante-cinq et cinquante, et l'âge de la plus grande fréquence, en général de toutes ces affections, se rencontre entre quarante et cinquante ans; ainsi c'est tout aussi bien une maladie de la seconde moitié de la vie, que le cancer. Voici, du reste, le tableau :

	Cancroïde des lèvres.	Cancroïde de la face.	Cancroïde de la verge.	Cancroïde de la vulve.	Cancroïde du tronc et des membres.	TOTAL.
3 ans.	»	»	»	1	»	1
20 à 25 ans.	»	»	2	1	»	3
25 à 30 —	»	»	»	1	»	1
30 à 35 —	2	1	1	»	1	5
35 à 40 —	1	»	»	1	»	2
40 à 45 —	2	2	1	»	1	6
45 à 50 —	7	2	3	»	»	12
50 à 55 —	2	1	»	»	»	3
55 à 60 —	»	3	1	»	2	6
60 à 65 —	3	2	»	»	»	5
65 à 70 —	»	3	1	»	1	5
70 à 75 —	»	6	»	»	2	8
75 à 80 —	»	»	»	»	»	»
80 à 90 —	»	1	»	»	1	2
	17	21	9	4	8	59

Nous n'avons jamais pu constater l'influence d'une autre maladie sur la production d'un cancroïde, et lorsqu'on a invoqué l'action de la syphilis sur l'origine de ces affections cutanées, on avait ordinairement affaire à une erreur de diagnostic. Le cancroïde, comme tel, est une maladie *sui generis*, mais qui peut être provoquée et considérablement aggravée par des causes externes. C'est ainsi que le phimosis est envisagé par tous les chirurgiens, et avec raison, comme une des causes prédisposantes du cancroïde de la verge; c'est ainsi que la plupart des malades que nous avons vu opérer d'un cancroïde de la lèvre inférieure, étaient des fumeurs qui, depuis des années, fumaient des pipes très courtes, et en reprenaient l'usage dès que la plaie de la première opération était cicatrisée. Les chirurgiens de tous les temps ont de plus observé que les attouchements de ces tumeurs cancroïdes par les malades qui y portaient souvent les doigts pour se gratter ou arracher les croûtes, ainsi que l'action incomplète des caustiques, aggravaient considérablement la marche de ces productions morbides. Tout en admettant une

prédisposition particulière, l'action des causes accidentelles et extérieures est, pour nous, qui sommes généralement sévères dans toutes les appréciations étiologiques, bien plus nettement constatée que pour le véritable cancer, de même aussi que nous avions fait pareille remarque pour l'hypertrophie partielle de la mamelle, comme résultant bien plus souvent d'un coup ou d'une violence extérieure que le vrai cancer du sein. On ne sera pas étonné, d'un autre côté, de nous voir admettre pour le cancroïde aussi une prédisposition particulière, lorsqu'on tiendra compte de l'absence de toute cause extérieure pour le cancroïde de toutes les autres régions du corps, excepté les lèvres et la verge, et ici encore il faudrait, pour que le phimosis et les pipes courtes aient une valeur autre que celle des causes occasionnelles, que tous ceux qui sont atteints de phimosis pendant toute leur vie, finissent par avoir des cancroïdes de la verge, et que tous les fumeurs de « brûle-gueules » arrivassent à avoir des cancroïdes à la lèvre.

Nous venons de voir que nous avons pu signaler des circonstances concomittantes et des causes occasionnelles; mais, quant à la cause finale du cancroïde, nous avons déjà avoué, en admettant une prédisposition particulière, que nous ignorions complétement sa nature intime.

Nous avons hésité un moment si nous devions faire suivre ici la description spéciale du cancroïde des diverses régions du corps, ou si nous devions d'abord achever l'histoire générale du cancroïde de la peau. Le premier mode de faire aurait peut-être été plus logique; le second nous paraît avoir l'avantage de faire ressortir, d'une manière plus nette et plus énergique, les caractères essentiels de cette maladie que nous avons à cœur de présenter sous son véritable jour pour tous les points susceptibles d'être étudiés dans l'état actuel de la science. Nous arrivons ainsi à un des points capitaux de ce travail.

D. *Pronostic.* — A mesure que nos observations sur le cancroïde cutané ont pris plus de développement, et qu'une expérience surtout plus approfondie de la marche de cette maladie est venue rectifier nos premières opinions sur le pronostic, nous avons reconnu qu'on ne pouvait pas le poser généralement comme aussi favorable que celui des produits accidentels extérieurs, qui n'étaient ni cancroïdes ni cancéreux. Cependant nous sommes de plus en plus pleinement confirmés dans la conviction que le pronostic est généralement meilleur que pour le véritable cancer. Il faut, avant tout, tenir compte du siége de la maladie. Si nous envisageons d'abord le cancroïde de la face, la lèvre inférieure exceptée, nous lui trouvons généralement une marche envahissante quoique lente ; le bouton chancreux peut persister pendant de longues années, et même quelquefois pendant toute la vie, sans s'ulcérer, surtout lorsque aucune violence extérieure ne vient l'irriter ; et ici le *noli me tangere* doit être toujours observé par le malade. Pour le chirurgien, c'est une autre affaire. Le bouton chancreux s'étant ulcéré, le mal s'étend lentement tant qu'il siége au milieu des parties molles, de nature purement dermatique, car ici il rencontre dans le chorion du derme un tissu dense et résistant. L'ulcère chancreux du nez respecte aussi ordinairement le cartilage tant que la peau seule est atteinte ; mais la marche de toutes ces ulcérations devient bien plus envahissante dès qu'elles touchent le derme de transition des membranes muqueuses sur leurs limites : aussi le pronostic est-il bien plus grave lorsque l'ulcère cancroïde a envahi la muqueuse buccale, l'entrée des narines, la conjonctive palpébrale. Cette observation, déjà faite par Bayle, nous paraît d'une grande justesse. Un ulcère cancroïde, susceptible d'être en entier détruit par les caustiques ou par l'excision, étant donné, peut-on espérer, dans l'état actuel de la science, de le guérir radicalement ou non ? Nous citerons plus loin, en par-

lant avec détail du cancroïde de la face, des cas non douteux d'une guérison ainsi obtenue, et qui s'est soutenue pendant bien des années; mais il n'est pas moins vrai que, malgré les soins les mieux ordonnés, malgré une cicatrisation complète obtenue, la cicatrice peut de nouveau s'ulcérer, et le mal reprendre sa marche primitive. Lorsque les chirurgiens auront commencé à comprendre qu'il s'agit, dans ce cas, d'un mal essentiellement local, ils se laisseront à coup sûr bien moins rebuter par les récidives; ils lutteront davantage, et avec une grande ténacité surtout, contre cette affection. Le pronostic alors deviendra probablement meilleur; mais toujours est-il qu'aujourd'hui la possibilité de guérison de ce cancroïde étant, à la vérité, incontestable, il n'est cependant pas moins certain que les hospices d'incurables renferment encore beaucoup d'individus chez lesquels ces ulcères chancreux ont résisté aux moyens employés. Mais la maladie étant même arrivée à l'incurabilité, nous y observons une marche tout autre que pour le véritable cancer : marche lente, état bien passable de la santé générale et altérée seulement lorsque l'ulcère prend des dimensions peu communes; absence enfin de toute affection secondaire et éloignée, semblable à la première. En réalité, dans bien des cas, l'ulcère chancreux du visage est un mal aussi local, aussi circonscrit que l'ulcère atonique et variqueux de la jambe.

Le pronostic du cancroïde de la lèvre inférieure est plus favorable que celui du cancer de cette même partie, car le cancer, nous le savons, ne pardonne pas, tandis que nous avons vu des individus largement et bien opérés d'un cancroïde de cette même région, se porter encore parfaitement bien un certain nombre d'années après une première ou une seconde opération. De plus, nous avons constaté par nos autopsies que ce cancroïde ne se généralisait point. Mais est-ce à dire que c'est une maladie bénigne? Pas le moins du monde. Les récidives sont très fré-

quentes après ces opérations. Cela tient peut-être à ce que le mal, diffus de sa nature, n'est pas assez largement opéré ; peut-être aussi se borne-t-on trop exclusivement à l'enlever avec le bistouri. Il est probable aussi que l'excision en forme de V, en rapprochant les deux incisions sous un angle aigu, ne permet pas d'enlever inférieurement une quantité suffisante de tissus ; mais toujours est-il que le mal revient. Mais les récidives ici sont purement locales. Lorsqu'on a enlevé un sein cancéreux, le mal se reproduit souvent dans l'autre sein ou dans les cavités viscérales, ou dans le système osseux. Lorsque vous amputez un membre pour une affection encéphaloïde, vous avez coupé le membre par la racine, mais pas le mal ; car il se reproduit dans un point éloigné du siége primitif, il se généralise dans l'économie tout entière. Ce n'est pas ce genre de récidive que nous observons dans le cancroïde de la lèvre inférieure : c'est dans la cicatrice, et à côté de la cicatrice, que nous le voyons reparaître ; et si, dans des cas rares, des ganglions s'engorgent, c'est qu'on y trouve encore la propagation directe du mal local par l'épiderme charrié par les lymphatiques. La nature locale de ce cancroïde nous paraissant donc démontrée, il est plus que probable que le pronostic de cette affection deviendra beaucoup meilleur avec le temps, lorsqu'on se sera pénétré de la nécessité d'opérer de bonne heure et largement ; d'en faire autant à chaque récidive ; d'enlever, à l'exemple de nos bons chirurgiens, les os et les glandes malades, ce que nous avons vu faire à MM. Velpeau et Nélaton ; de combiner peut-être l'excision superficielle avec l'application de la pâte arsenicale, etc. En un mot, nous avons la conviction que le traitement du cancroïde de la lèvre inférieure est plein d'avenir, et nous espérons que, d'ici à quelques années, un chirurgien qui traiterait ces affections par les cautérisations légères et superficielles, et les excisions insuffisantes, passera pour aussi ignorant qu'aujourd'hui un

praticien qui traiterait une hernie étranglée par l'homœopathie. Le cancroïde de la verge se trouve en tous points dans des conditions analogues à celui des lèvres, et opéré de bonne heure et largement, poursuivi dans les récidives avec extirpation des glandes lymphatiques de l'aine, à mesure qu'elles se prennent : il donnera aussi, en suivant ces préceptes, un pronostic meilleur qu'il n'en offre aujourd'hui. Le cancroïde de la vulve affecte une marche plus lente que celui de la verge; mais, après avoir duré un certain nombre d'années, il devient funeste par une suppuration étendue, des hémorrhagies répétées, une véritable infection putride, et, en se propageant du côté de l'anus, il peut devenir le point de départ d'une inflammation chronique de la partie inférieure de l'intestin, et amener ainsi une terminaison fatale, comme le prouvent les deux faits publiés par M. Huguier. Le pronostic du cancroïde du tronc et des membres nous a paru généralement meilleur que celui des régions analysées.

En thèse générale, nous pouvons donc dire que le cancroïde cutané offre un pronostic d'autant plus favorable qu'on peut l'enlever plus largement au milieu des parties saines, et que les récidives locales ne rendent pas encore le pronostic mauvais tant qu'on peut les enlever bien largement. Il devient, par contre, tout à fait défavorable lorsque le mal s'est considérablement étendu, ce à quoi des secours incomplets de l'art ne sont pas toujours étrangers lorsque le mal a passé à l'état d'ulcère profond, rongeant et étendu, lorsque des muscles, des cartilages, des os, des glandes lymphatiques ont été envahis. Les douleurs, dans ces cas, privent les malades du sommeil; la suppuration abondante et sanieuse infecte l'économie, et lorsque l'ulcère a rongé la lèvre inférieure, l'écoulement continuel de la salive est une des fâcheuses complications. L'âge avancé, des complications diverses avec d'autres maladies, des conditions hygiéniques mauvaises rendent le pronostic plus fâcheux encore.

Après avoir ainsi exposé nos doctrines sur l'état actuel et l'avenir du pronostic du cancroïde cutané, il n'est pas sans intérêt de jeter un coup d'œil sur l'état passé de la question, et de prouver, par le témoignage des grands praticiens, que la différence de pronostic entre le cancroïde cutané d'un côté, et le véritable cancer des autres organes d'un autre côté, a de tout temps frappé les médecins judicieux et expérimentés.

Parmi le grand nombre de citations que nous pourrions faire, nous ne choisirons que celles qui ont de l'autorité par la compétence de leurs auteurs.

Ledran, dans son beau travail sur le cancer, qui se trouve dans les mémoires de l'Académie royale de chirurgie (1), résume dans les conclusions suivantes ses doctrines sur le cancer de la peau :

« 1° Presque tous les cancers que nous voyons à la peau du » visage ou des autres parties, n'ont été dans leur commence- » ment qu'un petit bouton ou une espèce de verrue simple, sans » aucun mauvais caractère en apparence, et qui paraissait être » de peu de conséquence. S'ils sont devenus des cancers, c'est » quelquefois par l'irritation ou par un traitement irrégulier.

» 2° Tant que ces petites tumeurs ne prennent pas d'accrois- » sement et qu'elles ne sont pas douloureuses, il ne faut pas y » toucher, et il faut craindre de les irriter.

» 3° Lorsqu'elles grossissent ou qu'elles deviennent doulou- » reuses, si elles ne disparaissent pas au moyen des remèdes » doux et simples, il faut travailler à les guérir par des moyens » plus efficaces, c'est-à-dire, qu'il faut ou les détruire par le » caustique ou les ôter avec l'instrument tranchant.

» 4° Le caustique ne peut convenir que quand elles sont si pe- » tites qu'une seule application peut les détruire, et dans ce cas,

(1) *Mémoires de l'Académie royale de chirurgie*, t. III, p. 17 et 18. Paris, 1757.

» on peut s'en servir avec succès. Mais il est à craindre que si » le volume de ces tumeurs oblige à y mettre plusieurs fois le » caustique, cette application ne serve qu'à les irriter et à les faire » dégénérer en cancers. Il faut donc les amputer, ôtant tout ce » qui est malade, et coupant même dans la partie saine (Obs. 4, » 5, 6). Si cela ne se peut, vu leur étendue, la maladie est incu- » rable (Obs. 9, 10).

» 5° Les cancers qu'on voit au visage peuvent être occasion- » nés par un vice intérieur. Cela ne se connaît presque toujours » que par le retour de la maladie qui reparaît en un autre en- » droit que celui qui avait été attaqué le premier (Obs. 14). »

On voit clairement, par ces simples conclusions, que l'auteur a parfaitement bien compris la nature locale de la plupart des cancers cutanés, et dans la cinquième conclusion il donne surtout avec une grande sagacité un des caractères distinctifs importants du vrai cancer de la peau, celui de revenir dans un endroit éloigné du siége primitif lorsque ce cancer dépend d'un vice intérieur.

Richter (1), sans contredit, le plus grand chirurgien que l'Allemagne ait produit dans le siècle dernier, s'exprime de la manière suivante sur le cancer des lèvres et de la peau en général : « Beaucoup d'ulcères des lèvres, dit-il, qui au commence- » ment sont tout à fait bénins, ne prennent un mauvais caractère » que par l'usage inconsidéré des caustiques que l'on emploie » souvent à tort, partant de la fausse supposition que l'ul- » cère est d'emblée carcinomateux (p. 321). » Dans un autre endroit l'auteur dit : « Le cancer des lèvres et celui du vi- » sage en général paraît être une affection bien moins maligne » que le cancer du sein ; au moins a-t-il été guéri un plus grand » nombre de fois par les caustiques et par l'opération (p. 322). »

(1) A.-G. Richter, *Anfangsgründe der Chirurgie*, Goettingen, 1786, t. II, p. 320-25.

Dans un autre passage, bien significatif, enfin, il s'exprime d'une manière fort judicieuse sur les causes des récidives dans ces cas. « Le chirurgien, dit l'auteur, peut et doit, dans l'excision de ces » tumeurs, donner à la plaie la forme la plus convenable à la » réunion, puis il faut qu'il ait par-dessus tout en vue d'enlever » en totalité toutes les parties malades. La plupart des récidives » doivent être bien plus attribuées à l'omission de cette règle qu'à » l'incurabilité de la maladie (p. 324). »

L'article Cancer, dans l'ancien *Dictionnaire des sciences médicales*, est remarquablement bien fait pour l'époque à laquelle il a été écrit (1812). Voici comment les auteurs de cet article, Bayle et Cayol (1), envisagent le cancer cutané. Ces auteurs distinguent d'abord d'une manière ingénieuse et perspicace l'ulcère cancéreux du cancer ulcéré, en donnant pour principale différence que le premier est constitué par un ulcère primitif qui n'a nullement pour base du tissu cancéreux, tandis que le second n'est autre chose qu'une tumeur carcinomateuse dont la surface a subi un travail d'ulcération. Un peu plus loin nous trouvons le passage suivant : « La plupart des ulcères cancéreux » primitifs s'arrêtent à un degré peu avancé, et demeurent sta- » tionnaires pendant un grand nombre d'années ; on voit souvent » des personnes qui, ayant sur le nez, sur la pommette, ou sur » toute autre partie de la face, un ulcère de cette espèce, sous » la forme d'une grosse verrue croûteuse, ou d'une petite exca- » vation rouge, sèche et parfois douloureuse, ne laissent pas de » fournir une assez longue carrière, sans avoir jamais aucun » symptôme de cachexie cancéreuse (p. 392). »

Nous trouvons dans un autre volume du même ouvrage, à l'article Noli me tangere (2), l'opinion de l'auteur sur le pronostic de cette affection formulée dans les lignes suivantes :

(1) *Dictionnaire des sciences médicales*, Paris, 1812, t. III, art. Cancer.
(2) *Dictionnaire des sciences médicales*, Paris, 1819, t. XXXVI, p. 177.

« Les *noli me tangere* sont de toutes les affections cancéreuses » celles qu'on peut espérer de guérir le plus sûrement dans leur » origine et lorsque leur développement n'est point encore con- » sidérable : 1° parce qu'ils sont très peu étendus ; 2° parce » qu'ils sont superficiels et qu'ils n'ont pas de ramifications in- » térieures, comme les tumeurs cancéreuses qui se développent » de dedans en dehors, et qui ne s'ulcèrent que lorsque les » glandes lymphatiques voisines sont déjà attaquées du même » vice ; 3° parce qu'on peut enlever d'un seul coup tout le mal. »

Boyer (1), dont l'autorité restera toujours bien grande pour toutes les questions importantes de la pratique chirurgicale, exprime des opinions semblables dans les passages suivants du VIe volume du *Traité des maladies chirurgicales :*

« Si l'on considère donc que cette maladie (le cancer des » lèvres) menace la vie de ceux qui en sont atteints, lorsqu'ils » négligent de réclamer le secours de l'art et que toutes les res- » sources de la chirurgie deviennent insuffisantes pour la guéri- » son lorsqu'elle a fait des progrès considérables, on sentira » combien est grave le pronostic de cette affection. Néanmoins, » quand on la combat en temps opportun et avec les remèdes » convenables, on obtient presque toujours une guérison com- » plète et durable, parce que cette maladie est beaucoup moins » sujette aux récidives que le cancer des autres parties du » corps (t. VI, p. 228).

» Une chose bien digne de remarque et très propre à enhar- » dir le chirurgien, c'est que les ulcères chancreux du visage ne » sont presque jamais accompagnés de l'engorgement des glandes » lymphatiques voisines, tandis que ces glandes sont presque » toujours affectées dans les tumeurs cancéreuses qui se mani- » festent dans les mêmes parties, surtout lorsque ces tumeurs » sont ulcérées (p. 322).

(1) Boyer, *Traité des maladies chirurgicales*, Paris, 1831, t. VI, 4e édit.

» Quelles que soient l'ancienneté et l'étendue des ulcères » chancreux du visage, on peut espérer de les guérir lorsqu'il » est possible de les emporter entièrement avec le bistouri, ou » de les détruire avec les caustiques, et qu'en même temps le » malade n'éprouve aucun des symptômes qui indique une dia- » thèse cancéreuse de toute l'économie. On doit ici avoir parti- » culièrement égard à l'état des glandes lymphatiques, à la co- » loration de la peau, à l'état des forces et de l'embonpoint, » qui ne sont point altérés lorsque la maladie est purement lo- » cale (p. 323). »

M. Rayer (1) qui, dans son excellent ouvrage sur les maladies de la peau, n'a pas séparé nettement, il est vrai, le cancer et le cancroïde, a cependant fort bien senti la différence de pronostic entre les deux affections. « Une foule d'exemples, dit-il, attes- » tent que de semblables tubercules (cancéreux de la peau) dé- » veloppés sur la peau du crâne, de la face ou d'autres régions » du corps, ont été extirpés avec le plus grand succès. » Plus loin, le même auteur insiste de nouveau sur le danger bien moins grand et la tendance bien moins prononcée aux récidives de ces sortes de cancers que de ceux des glandes, et il rapporte même l'observation d'une femme qui a succombé à une laryngo-trachéite peu de temps après la cicatrisation presque complète d'un ulcère cancéreux du visage, et où l'autopsie a démontré l'absence totale de tout dépôt cancéreux, soit à la base de l'ulcère, soit à l'intérieur du corps.

A. Bérard (2), qui nous a légué, dans le *Dictionnaire de médecine*, dans une série de fort bons articles, le résultat de sa bien judicieuse expérience chirurgicale, professe des doctrines conformes à notre manière de voir. En parlant du cancer des lèvres, il dit :

(1) *Traité des maladies de la peau*, Paris, 1835, t. II, p. 266-267.
(2) *Dictionnaire de médecine*, t. XVIII, p. 55, et t. XII, p. 547-548.

« Toutefois, les progrès de la maladie sont d'abord lents, et » si elle n'est pas susceptible de guérir seule, le chirurgien a au » moins les plus grandes chances, quand il est appelé à temps, » d'obtenir une cure radicale. En effet, la maladie n'envahit que » très tard les ganglions lymphatiques, et, de plus, ne récidive » presque jamais quand elle est enlevée en totalité. » Dans une autre partie du même ouvrage, à l'article Ulcère chancreux du visage, Bérard se prononce d'une manière plus favorable encore par rapport au pronostic, en disant : « De tous les cancers, c'est » le plus curable, il ne récidive presque jamais après l'opéra- » tion qui l'a enlevé. »

M. Michon (1), dans sa thèse de concours sur le cancer cutané, n'admet pas, il est vrai, le cancroïde comme devant nécessairement être séparé du cancer; mais, dans plusieurs endroits cependant il se prononce d'une manière non douteuse sur le pronostic bien meilleur de ce genre de cancers que pour celui des autres organes. Voici entre autres deux passages qui parlent dans ce sens : « Je constate (et l'expérience générale en fait foi) » que le cancer cutané, tout considéré, est celui qui peut être » opéré le plus grand nombre de fois, celui qui permet à la vie » de se prolonger le plus, enfin celui qui compte le plus de gué- » risons radicales et définitives. » (p. 70). Plus loin, l'auteur s'exprime de la manière suivante à l'occasion de l'opération des récidives : « Je suis tout naturellement amené, par la discussion » qui précède, à examiner la question de récidive, comme contre- » indication à l'opération. Faut-il opérer les cancers en état de » récidive?.... Je n'hésite pas à me prononcer pour l'affirma- » tive : l'expérience et les observations démontrent que, de tous » les cancers, celui de la peau, et, en particulier, la forme squir- » rheuse, est celui qui est le plus tardivement suivi de cachexie » cancéreuse; aussi, lorsqu'il n'y a pas d'autres contre-indica-

(1) Michon, *Thèse sur le cancer cutané*, Paris, 1848, p. 70-76.

» tions, la conduite du chirurgien ne saurait être douteuse. Les » observations suivantes viennent confirmer ces assertions. » (p. 76). Nous recommandons enfin tout particulièrement à l'attention du lecteur, deux ouvrages modernes qui professent des doctrines en tout analogues aux nôtres, et qui ont d'autant plus de valeur, qu'elles nous viennent d'auteurs à juste titre très estimés. Ces deux ouvrages sont : 1° les *Recherches sur le cancer*, par M. Sédillot, avec les observations microscopiques de M. Kuess (Strasbourg, 1846); et 2° l'ouvrage de Bennet : *On cancerous and cancroid growths* (Édimbourg, 1849).

Il est impossible que le lecteur impartial ne voie pas dans ces nombreux témoignages la pleine et entière confirmation de la thèse que nous défendons.

Nous renvoyons, pour le diagnostic du cancroïde cutané, aux conclusions aphoristiques de ce travail qui en résument les points les plus essentiels.

Avant de passer à l'esquisse descriptive du cancroïde cutané, selon les diverses régions, nous allons tracer les principaux préceptes de son traitement.

§ III. — *Traitement du cancroïde cutané.*

Les indications thérapeutiques pour cette maladie sont bien simples et sont, par-dessus tout, du domaine de la chirurgie : aucun médicament interne n'a de prise sur le cancroïde. Cependant, s'il restait quelque doute sur la cause syphilitique, les préparations mercurielles et iodées devront être mises successivement en usage avant de se décider à une opération. L'arsenic devrait également être de nouveau expérimenté à l'intérieur, car nous en observons souvent une action si salutaire dans les maladies chroniques rebelles de la peau, que c'est sans contredit un des médicaments qui a les rapports les plus intimes avec la nutrition de cet organe. Quant aux médicaments dépuratifs,

nous n'en connaissons pas un seul qui ait fait obtenir des succès réels dans le cancroïde. Les indications sont donc principalement locales, et le précepte fondamental peut se résumer en quelques mots : détruire le mal ou ne pas y toucher. On peut l'abandonner à la nature, tant qu'il ne s'agit que d'une simple tumeur verruqueuse qui pendant des années reste stationnaire et à l'état de parfaite innocuité. Mais ce n'est pas le tout que le chirurgien n'y touche pas, il faut que le malade s'en abstienne bien plus encore, et qu'on lui fasse bien comprendre tout le danger qui résulterait de ses attouchements indiscrets, ainsi que de toute violence extérieure qui porterait sur ces tumeurs.

Les pommades fondantes et siccatives de composition diverse n'ont aucune prise quelconque non plus sur ces affections, ni pour dissiper des tumeurs encore intactes, ni pour cicatriser les ulcères chancreux, et en traitant ces affections avec des pommades résolutives ou astringentes et des cautérisations superficielles, on ne peut obtenir d'autre résultat que d'irriter et d'augmenter le mal. Nous ne pouvons donc qu'hésiter entre les divers modes de destruction locale de la maladie, et ici se présentent deux méthodes : l'extirpation et la cautérisation.

L'extirpation nous paraît indiquée toutes les fois qu'on peut enlever le cancroïde dans une large étendue et que l'opération peut porter dans les parties saines, bien au delà des portions suspectes, bien au delà de la partie de la peau qui, sans être malade, doit être suspecte par cela même qu'elle avoisine le cancroïde. Il ne faut pas non plus reculer devant l'étendue de l'opération en profondeur, et enlever muscles, os et glandes lymphatiques, et pratiquer l'amputation du membre au besoin ; en un mot, opérer très largement et de bonne heure, voilà le précepte essentiel. Quant à la forme que l'on donnera aux portions de peau que l'on doit enlever, nous nous élevons énergiquement contre tout précepte exclusif, et quelle que soit la partie

du corps sur laquelle on opère, il ne suffit pas d'extirper d'un seul ou des deux côtés les parties suspectes, il faut le faire d'une manière également large de tous les côtés. Nous l'avons déjà dit plus haut, nous avons la conviction que l'excision en V, dans l'opération du cancroïde de la lèvre, est une des causes de récidive; nous préférons de beaucoup, dans ces cas, une excision à forme arrondie, qui se tient à une égale distance partout des portions malades et suspectes; et, puisqu'à la lèvre inférieure la nécessité existe de réunir par première intention, on obtiendra une réunion tout aussi bonne au moyen de la suture entortillée, après une incision ovalaire, qu'en observant d'une manière stricte et pédante l'excision en forme de V. L'épiderme et le derme sont les surfaces les plus continues du corps; toutes leurs maladies tendent à être diffuses, depuis l'érythème jusqu'au cancer; par conséquent il est nécessaire de ne pas laisser au mal le temps de trop envahir le tissu de son voisinage, et nous avons vu, nous avons même prouvé le premier, que la propension à s'étendre se montre non seulement pour le cancroïde dans la circonscription naturelle de l'épiderme, mais même dans des tissus qui lui étaient primitivement étrangers, tels que la profondeur du derme, les muscles, les os, les glandes, les corps caverneux, etc. L'expérience nous ayant démontré que c'est à la lèvre inférieure et à la verge principalement que le cancroïde tendait à devenir diffus, c'est dans ces organes surtout qu'il faut ériger en précepte d'opérer non seulement largement, mais de très bonne heure, et de poursuivre de la même façon toutes les récidives. Si nous voyons encore aujourd'hui des malades succomber avec ces vastes ulcérations cancroïdes, parce que, effrayé par la récidive, le chirurgien n'a plus voulu y toucher dès qu'il a vu qu'une première opération n'amenait pas une cure radicale, le nombre de ces victimes diminuera, nous en avons la ferme espérance, dès que les doctrines sur le cancroïde que nous cherchons à établir

seront adoptées. Nous conseillons non seulement d'enlever avec le bistouri, par l'extirpation et par l'amputation, les tumeurs cancroïdes, qu'elles soient ulcérées ou non, mais même les ulcères plus superficiels, et chaque fois qu'on pourra enlever en largeur et en profondeur au milieu de parties saines, une de ces ulcérations cancroïdes, nous préférons cette méthode, qui du reste n'empêche nullement d'appliquer sur la même place des caustiques très énergiques si la surface opérée présentait encore la moindre portion suspecte.

C'est à l'occasion du cancroïde des diverses régions du corps que nous décrirons les procédés opératoires spéciaux pour le cancroïde de la lèvre inférieure, de la face et des organes génitaux externes. Nous allons passer aux détails sur l'application des caustiques.

Il ne faut employer que les caustiques très actifs, les manier avec une grande énergie, en observant toutefois les préceptes spéciaux que nous allons indiquer tout à l'heure. Il ne faut les mettre en usage, lorsqu'il y a une couche de tissu épais à détruire, que lorsque l'excision préalable offrirait des inconvénients. Il faut les répéter un assez grand nombre de fois pour détruire toutes les parties malades, sans cela leur usage serait parfaitement inutile. Lorsqu'on les emploie après l'excision, on donne généralement le conseil, sanctionné du reste par l'expérience, de ne pas appliquer le caustique immédiatement après l'excision, mais attendre jusqu'au troisième jour que la suppuration soit établie. Avant de spécifier leur mode d'emploi, nous allons reproduire ici la classification des caustiques que nous avons déjà communiquée dans notre ouvrage sur les scrofules (1).

(1) Lebert, *Traité pratique sur les maladies scrofuleuses et tuberculeuses*, Paris, 1849, p. 249.

CLASSIFICATION DES CAUSTIQUES.

I. — *Acides concentrés.*

A. ACIDES MINÉRAUX.

1° Acide sulfurique pur ou solidifié; 2° acide nitrique pur ou solidifié; 3° acide chlorhydrique.

B. ACIDES VÉGÉTAUX.

1° Acide acétique; 2° acide pyrolignique.

II. — *Alcalis concentrés.*

1° Potasse caustique; 2° pâte caustique de Vienne; 3° caustique de Vienne solidifié par Filhos.

III. — *Métaux divers.*

1° Nitrate d'argent liquide ou solide; 2° sels de cuivre; 3° beurre d'antimoine; 4° pâte caustique de tartre stibié; 5° sels de mercure : *a.* deuto-iodure de mercure; *b.* nitrate acide liquide de mercure; *c.* sublimé corrosif; 6° chlorure de zinc, pâte de Canquoin; 7° arsenic : *a.* pâte de Dupuytren; *b.* pâte du frère Côme; *c.* la même, modifiée par Manec.

IV. — *Cautérisation avec le fer chauffé à blanc.*

Parmi ce grand nombre de caustiques, il y en a plusieurs que nous pouvons d'emblée éliminer. De ce nombre sont, comme trop faibles, les acides végétaux, les sels d'argent et de cuivre. Des acides minéraux non solidifiés ont l'inconvénient de fuser facilement au loin. La pâte stibiée, très douloureuse, n'est pas d'une action assez profonde. Parmi les sels de mercure, le deuto-iodure n'est pas assez connu comme caustique; le nitrate acide liquide de mercure ne détruit que la surface, un peu plus profondément, il est vrai, que le nitrate d'argent, mais pas assez

profondément pour être autre chose qu'un simple cicatrisant après que d'autres caustiques plus énergiques ont été appliqués. Nous en dirons presque autant de la cautérisation avec le fer chauffé à blanc. On voit que de cette façon le nombre des caustiques devient plus restreint, et nous n'aurons à analyser avec quelques détails que les moyens suivants : les préparations arsenicales, ce caustique par excellence dans le cancroïde ; les alcalis concentrés, surtout la pâte de Vienne, ordinaire ou solidifiée ; les acides minéraux concentrés et solidifiés, et la pâte de Canquoin.

1° *Emploi extérieur des préparations arsenicales.*

L'arsenic est un moyen si puissant dans la maladie qui nous occupe, que l'on doit être étonné qu'il n'ait été bien apprécié par les praticiens que depuis que le frère Côme avait acheté le secret de sa fameuse pâte arsenicale des mains d'un charlatan ; car l'arsenic était reconnu comme caustique des tumeurs de mauvaise nature de bien plus ancienne date, comme le prouve le passage suivant de Valescus de Tarenta, cité par M. Malgaigne (1) dans sa nouvelle édition des œuvres d'Ambroise Paré. Voici ce passage curieux : « Si tu veux mortifier et corroder le cancer » avec des corrosifs, fais-le avec l'arsenic ; il n'a point d'égal » en pareil cas. Il extirpe aussi le cancer, le loup et la fistule, et » l'*herpestionum*, et le *noli me tangere*, et il arrête le flux du sang. » Nous avons vu un chirurgien rusé affirmer qu'il guérissait le » cancer et les vieux ulcères des jambes avec des sucs d'her- » bes. Il prenait des sucs de morelle ou de plantain et y mêlait » de la poudre d'arsenic, et avec un morceau de linge trempé » dans un peu de ce suc et de cette poudre, il oignait lesdites

(1) *Œuvres d'Ambroise Paré*, édition de Malgaigne. Paris, 1840, t. I, p. 366-367.

» maladies et laissait par-dessus son linge mouillé, et beaucoup » de malades étaient guéris avec l'aide de Dieu et de ce méde- » cin. Les parties saines ambiantes doivent être ointes avec l'on- » guent de bol d'Arménie et le suc de solanum, etc., etc. S'il s'y » développe de l'inflammation et de la malignité, suspends le » traitement pendant deux jours, et mets dessus des sucs des- » dites herbes pour les adoucir. La mortification du cancer est » connue par la disparition de la fétidité et de la virulence, et » par le bon aspect des chairs voisines ; il en est de même dans les » ulcères, et alors l'endroit s'incarne et se cicatrise. » (Ch. 33.)

Il revient à ce chirurgien au chap. 44, *des ulcères*, et dit qu'il cachait sa méthode ; il s'en servait pour les ulcères putrides, sordides et anciens. Mais il ajoute au chap. 35, *de Scabie :*

« Mais c'est avec terreur que je mets dans ces onguents de l'ar- » senic, de l'orpiment, du vitriol et les espèces d'ellébore, à cause » des mauvais effets que j'ai vus survenir à ceux qui s'en servaient. » Un soldat fit, avec ces drogues, un onguent pour son neveu » qui avait la teigne, et le lui appliqua une nuit sur sa tête rasée ; » le matin, on le trouva mort dans son lit. Notre maître, maître » Nicolas Colba, avait avec lui un bachelier en médecine, au » Pont-Ortose, et celui-ci avait un peu de gale, pour laquelle un » apothicaire lui fit un onguent avec les drogues susdites, et » aussitôt que le bachelier s'en fut frotté, il crut être dans un » feu, et ne put avoir de repos que tout ne fût enlevé avec des » lotions d'eau tiède. Donc

» Felix quem faciunt aliena pericula cautum.

« Prends garde d'encourir l'infamie avec de telles choses, et » sers-toi de remèdes plus légers. J'en pourrais dire davantage, » mais il en a été écrit plus long dans le livre *des vocables*. » Louange au Dieu vivant, etc. »

Quoi qu'il en soit, c'est donc au frère Côme que revient le mérite d'avoir le premier généralisé l'emploi de l'arsenic dans le traitement du cancer, et la formule de sa pâte, malgré sa composition bizarre, a cependant des avantages incontestables sur d'autres préparations arsenicales du même genre. Nous rappelons ici cette formule :

Arsenic blanc.	2 grammes.
Cendres brûlées de vieilles semelles de souliers .	40 centigrammes.
Sang-dragon.	60 centigrammes.
Cinabre.	6 grammes.

On délaie cette poudre avec de l'eau pour en former une pâte que l'on étend de l'épaisseur de 1 à 2 millimètres sur la partie à détruire, en empiétant même sur les parties saines.

Nous adoptons pleinement pour notre compte cette pâte du frère Côme telle qu'elle a été modifiée par M. Manec, et tout réservé que nous sommes généralement sur l'efficacité d'un traitement quelconque, nous devons à la vérité d'accorder les plus grands éloges aux brillants succès que nous avons vu obtenir au chirurgien de la Salpêtrière dans le traitement du cancroïde par cette pâte arsenicale dont voici la composition :

Arsenic blanc	1gr,50.
Cinabre.	7gr,50.
Éponge calcinée.	3gr,75.

On en forme une pâte homogène et consistante par l'addition de quelques gouttes d'eau. On en place sur les parties malades une couche de 2 millimètres d'épaisseur, et l'on recouvre la surface cautérisée ensuite d'un morceau d'amadou mouillé. M. Manec donne le précepte très judicieux de ne point faire en une seule fois une application trop étendue; les limites qu'il observe et que nous adoptons pour notre compte sont de 10 à 15 millimètres carrés par application. J'ai pu vérifier, en effet, que l'arsenic était absorbé et se trouvait déjà au bout de douze

heures dans les urines, et pouvait y être constaté pendant huit à dix jours. Jamais je n'ai vu des symptômes toxiques succéder à l'emploi prudent de ce caustique, et dans les observations qui existent sur les accidents graves et même mortels qui ont succédé à l'emploi de la pâte arsenicale, la faute en était toujours au chirurgien qui avait fait son application sur une trop grande surface à la fois. L'arsenic étant absorbé par la plaie, mettez-en une quantité assez peu considérable pour que l'économie puisse l'éliminer sans trouble, et vous aurez tous les bénéfices de ce moyen héroïque sans exposer la vie du malade et votre réputation. Rien de plus aisé, du reste, que de faire au bout de quinze jours une seconde application si la première n'a pu atteindre qu'une partie de l'ulcère. Le grand secret de la réussite gît même ici dans la persévérance, et il faut réitérer l'application du caustique jusqu'à la destruction totale de la partie à enlever. Il va sans dire qu'il faut toujours ôter les croûtes avant de mettre la pâte sur la tumeur ou l'ulcère. La plupart des chirurgiens connaissent peu l'action locale de ce topique, et si l'on ne prévenait pas les praticiens de ces effets immédiats, ils seraient à juste titre très effrayés par leurs premiers essais avec ce moyen qui est un des plus douloureux de la chirurgie. Déjà, au bout de quelques heures, des douleurs vives commencent à se manifester dans la plaie et tout autour; une tuméfaction d'abord et une inflammation comme érysipélateuse succèdent bientôt à ces premières douleurs, et ce n'est qu'au bout de cinq, six et huit jours, que cette inflammation générale et étendue commence à diminuer. Pendant tout ce temps les souffrances sont assez grandes pour priver les malades de tout repos et de sommeil, et ce n'est qu'au bout de dix à quinze jours que tous ces accidents ont passé. On observe parfois des vomissements, des douleurs d'estomac et de ventre, et de la diarrhée pendant ce temps, effets dus probablement à l'élimina-

tion partielle de l'arsenic par les voies digestives. L'escarre ne tombe qu'au bout de plusieurs semaines, et si toute la partie morbide a été enlevée, la plaie que l'on aperçoit après la chute de l'escarre est recouverte de bonnes granulations et se cicatrise comme un ulcère simple. Lorsqu'on tient compte des douleurs que cette méthode fait éprouver, ainsi que de la nécessité de détruire, dans ces cas, toutes les parties malades, on appréciera toute l'importance du précepte d'exciser d'abord tout ce que le bistouri peut enlever avant de recourir à l'arsenic, qui, nous le répétons ici, ne doit être appliqué que deux ou trois jours après l'excision et au moment où la plaie commence à suppurer. Nous ne faisons que mentionner ici les préparations arsenicales de Rousselot, de Boyer et d'Antoine Dubois, qui ne sont que des modifications de la pâte du frère Côme. La pâte de Dupuytren, préparée avec une ou deux parties d'acide arsénieux pour deux cents parties de calomel, est d'une activité bien inférieure. Ainsi la pâte de M. Manec est la seule préparation arsenicale que nous recommandons.

Les acides minéraux concentrés ne peuvent être appliqués que solidifiés. M. Velpeau emploie depuis longtemps dans sa clinique l'acide sulfurique solidifié avec la poudre de safran, caustique qu'il désigne sous le nom de sulfuro-safrané, et qui, entre ses mains habiles, a eu des succès incontestables. L'acide nitrique, solidifié par son mélange avec de la charpie, préconisé dans ces derniers temps par M. Rivallié, rentre dans cette même catégorie.

La pâte caustique de Vienne, dont tout le monde connaît la composition et le mode d'emploi, n'agit généralement pas d'une manière assez profonde pour détruire suffisamment de tissus. Nous lui préférons du reste, dans ces maladies, sa forme solidifiée, telle qu'elle a été indiquée par M. Filhos. On n'a qu'à appuyer pendant cinq, dix minutes et au delà avec le crayon caustique,

préalablement débarrassé de son incrustation de carbonate calcaire et humecté d'alcool, et suivant qu'on appuie plus ou moins longtemps, on peut produire à volonté une escarre plus ou moins profonde. Une des raisons pour lesquelles nous préférons l'arsenic à tous ces moyens, c'est qu'il excite une bien plus vive réaction dans tout le voisinage de son emploi, et modifie ainsi davantage les tissus ambiants, sans compter que l'expérience des siècles parle en sa faveur. Le caustique qui s'en rapproche le plus est la pâte de Canquoin, composée d'une partie de chlorure de zinc, mêlée avec trois ou quatre parties de farine et humectée avec un peu d'eau au moment de son emploi. Son action est profonde et énergique, et également très douloureuse.

On employait autrefois à la clinique chirurgicale de Berlin, une pâte corrosive composée de 6 grammes de deuto-chlorure de mercure, de 1 gramme de poudre de gomme arabique, le tout délayé avec 20 gouttes d'eau distillée pour en former une pâte molle; mais ce moyen encore, tout douloureux qu'il est, n'a guère une action suffisamment profonde. Nous citons enfin, comme moyen plutôt curieux qu'utile, l'action des rayons du soleil concentrés, comme caustique, au moyen d'un verre bi-convexe, mis en usage par un chirurgien Comte, dont l'observation est relatée dans les mémoires de l'Académie royale de chirurgie.

Qu'il s'agisse d'un cancer ou d'un cancroïde, que l'on emploie l'excision ou les caustiques, nous recommandons de ne jamais se laisser rebuter par les récidives et de leur opposer toujours un traitement chirurgical énergique, tant qu'il est possible de détruire le mal dans sa totalité.

Cependant il arrive pour le cancer le plus ordinairement, et pour le cancroïde, dans les cas surtout où les secours ont été insuffisants et tardifs, que des ulcérations, trop étendues pour être opérées, se sont peu à peu développées. On n'a plus alors d'autre

ressource que le traitement palliatif. On peut essayer de soutenir les forces avant tout par une bonne hygiène, un régime tonique et substantiel, des pansements réguliers, méthodiques, faits, selon les circonstances, avec du cérat simple ou saturnin, et mieux encore avec de la charpie sèche renouvelée, suivant l'abondance de la suppuration, une à deux fois par jour. Les malades de cette catégorie les plus difficiles à traiter sont ceux qui ont un ulcère étendu à la lèvre inférieure ; on ne peut leur donner que des aliments liquides ou à demi solides ; on se servira, pour l'ingestion des premiers, d'un biberon à longue embouchure. Si les malades sont tourmentés par des douleurs vives, on leur donnera à l'intérieur les préparations opiacées, et l'on mettra de temps en temps sur l'ulcère 1 à 2 centigrammes de sulfate de morphine.

Du reste, si, dans l'état actuel de la science, nous ne sommes pas encore en droit d'espérer de voir disparaître la cachexie cancéreuse comme période terminale du vrai cancer, nous sommes cependant autorisé à nourrir l'espérance que le cancroïde, opéré largement, de bonne heure, et poursuivi dans toutes les récidives et dans tous les tissus, les muscles, les os et les glandes y compris, deviendra de plus en plus complétement guérissable.

Nous passons à la description du cancroïde dans les diverses régions.

§ IV. — *Cancroïde des diverses régions du corps.*

I. Cancroïde de la surface cutanée.

A. Cancroïde de la lèvre inférieure.

C'est ce cancroïde qui est devenu la pomme de discorde entre ceux qui y voient un vrai cancer et ceux qui n'y trouvent que les caractères du cancroïde. Les doctes défenseurs des anciennes doctrines, les savants histosophes qui ont fondé l'ère nouvelle

en médecine dans laquelle on peut étudier les maladies sans voir des malades, sont d'accord pour voir dans le cancroïde de la lèvre inférieure un vrai cancer, à cause de la possibilité des récidives locales. Nous avons démontré plus haut tout ce qu'une telle manière de voir a de défectueux.

Nous avons recueilli 20 observations de cancroïde des lèvres, tous siégeant à la lèvre inférieure, tandis que sur 9 cas de cancer véritable des lèvres, 6 occupaient la lèvre inférieure et 3 la lèvre supérieure.

1° *Anatomie pathologique.* — Nous avons vu varier cette affection depuis le volume d'une simple petite saillie verruqueuse, sur le milieu ou sur l'un des côtés de la lèvre, jusqu'à toute l'étendue, tant la largeur que l'épaisseur et la hauteur de cette partie de l'ouverture buccale. Lorsque le mal ne s'étendait que sur une seule commissure, ordinairement les parties adjacentes de la joue étaient également prises. Quatre fois nous avons vu le mal largement atteindre la face supérieure et libre de la lèvre inférieure; deux fois il nous a paru débuter de ce côté-là, et une fois l'affection cancroïde siégeait exclusivement à sa face interne. Douze fois sur nos vingt observations le mal était plus ou moins profondément ulcéré, depuis une simple crevasse qui ne suintait qu'une petite quantité de liquide, jusqu'à de vastes ulcérations. Le travail ulcéreux nous a surtout paru manquer lorsque la couche épidermique superficielle était plutôt le siége de l'hypertrophie que la couche papillaire. C'est, du reste, une forme fâcheuse de cancroïde, malgré l'intégrité de la surface, parce qu'elle est ordinairement très diffuse.

L'ulcération était ordinairement recouverte d'une croûte plus ou moins sèche, qui deux fois offrait l'apparence de fausses cornes, fait sur lequel nous avons déjà insisté plus haut. Les éléments constants de ces croûtes étaient du pus desséché, beaucoup d'épiderme et des matières grasses et sébacées; la surface des ulcères

était quelquefois recouverte de petits infusoires de la tribu des vibrions.

C'est après avoir enlevé ces croûtes ou l'épiderme simplement rugueux et crevassé, lorsque l'ulcération ne fait que commencer, que l'on arrive à la couche papillaire hypertrophiée de la peau. Ce sont des saillies d'un rouge plus ou moins vif, entourées de vaisseaux et en renfermant dans leur intérieur, disposées verticalement comme de petites palissades. Tout ce que nous avons dit plus haut dans les généralités s'applique ici ; remarquons seulement qu'on les y voit plus distinctes et plus nettes qu'ailleurs et que leur longueur varie entre 1/2 et 2 millimètres et leur largeur entre 1/4 et 1/2 millimètre. A leur base, on reconnaît fort bien les glandules sébacées augmentées de volume et l'insertion des poils. Ce n'est qu'à une période très avancée que l'ulcération détruit complétement ces papilles, et le plus souvent on les reconnaît lorsqu'on a eu le soin de nettoyer le fond de l'ulcère qui, même sous les croûtes, est souvent recouvert de concrétions purulentes et pseudo-membraneuses.

La base dermatique des papilles se montre, dans les cas avancés, tout infiltrée d'épiderme, ce qui lui donne un aspect blanchâtre ou jaune pâle, lisse, homogène, friable, non infiltrée de suc, mais plutôt d'une substance feuilletée et d'un jaune terne dans les plaies où il y a des glandules ou des portions de tissu infiltrées de matière grasse et granuleuse. C'est ce pointillé d'un jaune terne que quelques micrographes allemands ont voulu identifier avec le réticulum que Muller a décrit dans le cancer.

Dans la forme du cancroïde de la lèvre inférieure, où le travail hypertrophique est à la fois plus diffus et plus profond, la couche épidermique superficielle est notablement épaissie, de 2 à 4 millimètres et au delà. Elle offre sur une coupe verticale un aspect ondulé et comme plissé ; les papilles sont proportionnellement volumineuses, et leur superficie est tout à fait englo-

bée dans leur épaisse calotte épidermique. Les lames profondes du derme sont alors tellement infiltrées d'épiderme que leur tissu devient friable et grumeleux, et que la compression en fait sortir une matière blanche, épaisse et onctueuse, qui ressemble au mastic des vitriers et qui se délaie sous forme feuilletée. Le bord des ulcères de la lèvre inférieure n'est généralement pas aussi épais, aussi saillant et verruqueux que dans l'ulcère cancroïde du dos de la main, par exemple; cependant nous avons vu une fois tout ce bord de l'ulcère de la lèvre garni de gros mamelons qui n'étaient autre chose que des groupes de papilles hypertrophiées, revêtues d'un enduit épidermique commun. Nous avons vu plusieurs fois la couche des glandes salivaires du côté interne des lèvres bien notablement hypertrophiée, surtout lorsque le mal s'étendait profondément.

Le tissu musculaire sous-jacent à l'hypertrophie dermo-épidermique est ordinairement sain, et sur vingt fois nous ne l'avons vu que trois fois notablement envahi ; une fois par des dépôts multiples, et deux fois par continuité et d'une manière diffuse. Trois fois aussi nous avons vu l'os maxillaire inférieur envahi : une fois le mal avait gagné de haut en bas et avait fait disparaître l'os jusqu'au canal dentaire, dont le contenu artériel et nerveux était cependant respecté. Le tissu épidermique, dans cet os, était identiquement le même que celui des lames profondes du derme, et on y voyait très bien entre autres des globes épidermiques. Une autre fois, le maxillaire avait été envahi de dehors en dedans, et le tissu épidermique y pénétrait horizontalement par une perte de substance produite à la longue par compression et usure. Dans le troisième cas, le maxillaire inférieur était largement carié chez un individu qui avait succombé au dernier terme de la maladie, avec une vaste ulcération. Les alvéoles osseuses renfermaient dans bien des endroits des grumeaux blanchâtres tout entièrement composés d'épiderme. Deux fois, enfin, nous avons vu des

ganglions de la région sous-maxillaire et sous-linguale, infiltrés de matière épidermique, et entre autres les globes caractéristiques. Un de ces ganglions avait été extirpé par M. Velpeau avec une rare habileté sur le trajet même de la carotide.

Nous insistons de nouveau ici sur le fait que jamais nous n'avons vu le cancroïde de la lèvre inférieure récidiver dans un endroit éloigné du siége primitif et en dehors des rapports de continuité ou directe ou établie par les lymphatiques voisins. Jamais nous n'avons vu non plus le cancroïde de la lèvre alterner avec des tumeurs vraiment cancéreuses. L'existence de tumeurs épidermiques dans le reste de l'économie, en dehors de la zone lymphatique de la région labiale, n'a également point été observée jusqu'à ce jour. Sept autopsies enfin de malades qui avaient succombé au cancroïde de la lèvre inférieure nous ont fourni des résultats concordants sur l'intégrité de tous les organes éloignés du siége de la maladie. Voilà donc des faits qui justifient à coup sûr le terme de cancroïde.

Nous pouvons nous dispenser ici de donner de nouveaux détails microscopiques : ce que nous avons dit plus haut sur ce sujet s'applique pleinement ici.

2° *Pathologie.* — Beaucoup de caractères indiqués dans cette esquisse anatomique sont également du domaine de la pathologie de ce cancroïde, ce qui est généralement le cas pour toutes les maladies de la surface du corps. Il y a cependant un certain nombre de caractères cliniques à ajouter, que nous ne saurions passer sous silence sans encourir le reproche d'être incomplet.

Le début du cancroïde de la lèvre se montre tantôt par l'apparition d'un petit bouton comme verruqueux, tantôt par celle d'une fissure étroite ou superficielle, qui l'un et l'autre se recouvrent de bonne heure de croûtes minces que les malades arrachent constamment, et qu'ils irritent en outre involontairement par le rasoir ou en fumant des pipes courtes. La diffé-

rence qui existe entre la fissure et le bouton du début n'est pas bien grande. Dans l'un et l'autre, c'est une portion circonscrite de papilles qui s'engorge et devient ainsi saillante. Si l'épiderme ne subit pas en même temps le travail hypertrophique, il est d'abord distendu et fendillé ; si, au contraire, il augmente lui-même d'épaisseur, il continue pendant quelque temps encore à fournir à la petite grosseur une enveloppe commune qui devient inégale et mûriforme lorsque le bouton cancroïde a dépassé le volume d'un pois ou d'une petite noix aveline. Pendant toute cette première période, les malades y éprouvent des démangeaisons, plus rarement des lancées, qui cependant surviennent plus tard. Quoique la structure du bouton chancreux de la lèvre inférieure soit la même qu'au nez et dans le reste de la figure, il n'y reste cependant pas stationnaire et à l'état d'innocuité comme dans ces régions. Dans un espace de temps qui varie le plus souvent entre six mois et deux ans, que nous avons cependant vu atteindre quatre et six ans dans des cas exceptionnels, la tumeur, d'un accroissement d'abord lent, s'étend davantage, et, les cas exceptés où l'enveloppe épidermique est très épaissie, une ulcération envahissante et serpigineuse s'établit à sa surface. En même temps que les démangeaisons deviennent plus vives et qu'un sentiment de tension, même des lancées, s'établissent dans la tumeur, sa superficie, de plus en plus soulevée ou séparée de ses connexions vasculaires primitives, prend un aspect croûteux, en se desséchant à sa surface, tout en étant humectée en dedans par une sécrétion purulente qui survient à travers les vaisseaux capillaires notablement hypérémiés de la surface et du pourtour des papilles malades. En arrachant souvent ces croûtes, les malades augmentent le travail phlegmasique qui a succédé à l'hypertrophie, et qui en constitue toute la gravité. Des chirurgiens inexpérimentés ont alors souvent la naïveté de cautériser ces ulcères avec du nitrate d'argent, — vrai cautère

sur une jambe de bois, — et de prescrire des boissons dépuratives. Ce traitement inefficace et inintelligent a été prescrit chez plus de la moitié des malades que nous avons vus venir de la campagne pour consulter à Paris ! Et certainement, si, au lieu de perdre ainsi un temps précieux, on avait extirpé ces tumeurs dès le moment que les malades sont venus réclamer pour la première fois les secours de l'art, on leur aurait procuré de bien meilleures chances d'une guérison complète. Nous avons vu du reste que cette pratique, d'emblée énergique, était déjà fortement recommandée et nettement formulée par Ledran.

Le cancroïde de la lèvre une fois ulcéré, sa tendance envahissante est singulièrement favorisée par les dispositions anatomiques de la lèvre. Toutes les parties qui entrent dans la composition du derme y sont richement développées, et il n'y a presque point de tissu cellulaire interposé entre le derme et les parties profondes; la vascularité y est très grande à cause du voisinage des grandes artères superficielles, et de celui de parties charnues et muqueuses tout autour. Deux réseaux lymphatiques, plus larges que les capillaires et dépourvus de valvules, conduisent enfin à des ganglions situés à une petite distance. C'est à dessein que nous insistons sur ces faits anatomiques; car ils nous expliquent de la manière la plus satisfaisante pourquoi le cancroïde de la lèvre est une affection plus grave que celui des autres parties du corps; et ne voyons-nous pas la même chose dans l'histoire générale de l'inflammation, qui est bien autrement grave dans un organe vasculaire et profond, tel que le foie, le poumon et le cerveau, que dans une membrane muqueuse par exemple, qui, plus mince, plus isolée, peut verser librement les produits de l'exsudation à sa surface; et ici encore, quelle différence entre l'inflammation croupale du larynx et de la trachée-artère, et celle du vagin et des fosses nasales.

En général on admet souvent plus volontiers l'intervention d'agents inconnus en médecine que de s'en tenir au simple bon sens et aux réflexions anatomiques et physiologiques les plus élémentaires, qui suffisent souvent amplement pour nous expliquer des différences de marche et de gravité pathologiques.

Abandonné à lui-même, le cancroïde, arrivé à sa seconde période, s'étend en surface et en profondeur; une sécrétion purulente plus ou moins abondante s'établit à sa surface, qui devient plus tard le siége d'hémorrhagies, peu copieuses le plus souvent. Les glandes sous-maxillaires peuvent déjà s'engorger et s'infecter d'épiderme à ce moment, et constituer alors des tumeurs dures et saillantes. Mais l'affection devient bien autrement grave lorsqu'elle a atteint le bord libre ou une des commissures des lèvres ; c'est alors que le dépôt épidermique s'effectue dans les muscles et dans l'os maxillaire, et que les glandes lymphatiques deviennent volontiers malades. L'écoulement continuel de salive est alors fort incommode pour le malade et l'affaiblit beaucoup. L'ulcération gagne peu à peu les parties profondes infectées d'épiderme, l'os se carie, l'ulcère s'étend plus tard au cou, l'ingestion des aliments devient de plus en plus difficile, la continuité d'un foyer putride tout autour de la bouche exerce une action fâcheuse sur toute l'économie; le malade dépérit, les forces et l'embonpoint se perdent, les souffrances sont parfois vives, d'autres fois peu notables, et il succombe ordinairement dans le dernier degré du marasme. La fin est quelquefois hâtée par ces pneumonies si fréquentes à la fin des maladies chroniques, forme de pneumonie que l'on pourrait désigner sous le nom de *cachectique*. L'autopsie, nous l'avons vu, ne démontre cependant alors, malgré l'étendue et la gravité de l'ulcère, qu'un mal purement local.

La marche et la durée se ressentent naturellement de tous ces caractères spéciaux, sur lesquels nous venons d'insister.

Dans deux cas où nous avons noté la durée, la mort étant survenue au terme naturel de la maladie, elle a été une fois de 3 ans 5 mois, et une fois de 5 ans. Nous avons noté la durée jusqu'à la première opération chez 15 malades, et nous avons trouvé la durée moyenne de 3 ans 2/5es; si, par contre, nous prenons la moyenne de 10 de ces 15 cas, où la durée avant la première opération n'a pas dépassé deux ans, nous arrivons au chiffre de 1 3/10es. En thèse générale, l'opération est plus souvent réclamée par ceux qui sont atteints du cancroïde des lèvres, au bout d'un an ou deux de durée que plus tard. Voici du reste ce tableau :

Durée de	6 mois.	2 fois.
—	1 an.	3 »
—	18 mois.	2 »
—	2 ans	3 »
—	3 »	1 »
—	7 »	1 »
—	10 »	2 »
—	12 »	1 »
		15

Les récidives dans le cancroïde de la lèvre ne sont, on le sait, pas très rares, mais toujours sur la place ou dans le proche voisinage de l'endroit primitivement atteint. Nous n'avons pas pu suivre les vingt malades qui font le sujet de cette analyse pendant assez longtemps pour avoir sur ce point des renseignements complets; mais le fait est que, malgré cela, nous avons constaté dans un quart de nos observations deux et trois récidives, séparées en moyenne par un espace de temps qui a varié entre six mois et trois ans. Nous avons vu le mal ne plus se reproduire après une troisième opération, et nous connaissons un certain nombre de cas où une opération large et complète, pratiquée depuis dix ans et au delà, n'a point été suivie de rechute. Nous n'avons fait que confirmer en cela l'expérience de

beaucoup de chirurgiens. Nous serions heureux si nous pouvions en dire autant du vrai cancer ; mais depuis dix ans que nous examinons au microscope toutes les tumeurs à notre disposition, nous n'avons pas encore rencontré un seul cas où, le microscope ayant démontré l'existence de la cellule cancéreuse, une guérison solide et durable se soit opérée et maintenue. Nous avons même été frappé, dès le commencement de nos études sur ces matières, d'entendre professer M. Blandin, ce praticien si judicieux et si consciencieux, qu'il avait obtenu de nombreuses guérisons radicales pour le cancer des lèvres, lorsqu'il l'avait opéré largement et de bonne heure. Évidemment aucun chirurgien ne peut se vanter d'un pareil succès pour le véritable cancer du sein. Mais si une maladie est quelquefois curable, elle doit le devenir d'autant plus souvent et d'autant plus constamment qu'on sera parvenu davantage à la connaître à fond et à mieux apprécier les circonstances dans lesquelles on l'a guérie. L'avenir chirurgical que nous reconnaissons au cancroïde n'a du reste rien de paradoxal pour celui qui connaît l'histoire de la thérapeutique. Que l'on compare le traitement de la syphilis et les succès que l'on en obtenait, il y a trente ans, avec celui d'aujourd'hui, et l'on ne saurait nier le plus heureux progrès.

Si nous cherchons à nous rendre compte à présent de quelques unes des circonstances concomitantes du cancroïde de la lèvre inférieure, nous arrivons avant tout à une particularité curieuse par rapport au sexe ; c'est que sur 18 cas où le sexe a été noté, nous trouvons 15 sur les hommes et 3 sur les femmes. Ce fait prouve encore en faveur de l'influence que nous reconnaissons, avec beaucoup de chirurgiens, à l'habitude de fumer des pipes très courtes. La plupart de ces hommes atteints de cancroïdes étaient des fumeurs, et fumaient ce que l'on appelle le *brûle-gueule*.

L'âge de la plus grande fréquence est la seconde moitié de

la vie, entre 45 et 50 ans surtout, et, sous ce rapport, il n'existe point de différence avec le vrai cancer. Après 50 ans, le mal est encore aussi fréquent qu'avant 45. L'âge moyen de 17 cas où il a été noté est de 45 ans 6/17e. Voici du reste le tableau :

30 à 35 ans	2
35 à 40 »	1
40 à 45 »	2
45 à 50 »	7
50 à 55 »	2
55 à 60 »	0
60 à 65 »	3
	17

A part l'influence de la pipe comme cause occasionnelle, nous n'en avons point observé d'autres, et aucun trouble viscéral n'a accompagné la maladie pendant toute sa durée. Ce n'est que plus tard, lorsque des ulcères étendus s'étaient établis, que quelques malades ont dépéri pour les causes indiquées plus haut.

Nous nous sommes déjà expliqué catégoriquement sur le pronostic du cancroïde des lèvres ; nous n'avons donc pas besoin de nous y arrêter de nouveau ici, et nous passons au traitement en y ajoutant seulement les quelques points qui lui sont spéciaux.

On préfère généralement l'excision à la cautérisation ; car l'inefficacité des autres moyens est aujourd'hui hors de contestation. L'excision restera toujours le seul moyen, lorsque la lèvre est envahie dans une certaine profondeur. Nous voudrions cependant que l'on expérimentât de nouveau la cautérisation par la pâte arsenicale dans ces cancroïdes moins profonds, et il est probable qu'on modifiera davantage les parties ambiantes, surtout si la cautérisation est faite à différentes reprises et d'une manière étendue ; car on ne peut pas se dissimuler que quelquefois, même après les meilleures opérations pratiquées avec le bistouri, le mal se reproduit au bout de plusieurs années en-

core dans le proche voisinage de la cicatrice, et nous sommes évidemment ici devant un problème en tout analogue à celui que nous rencontrons dans le traitement du kéloïde, qui, lui aussi, après les meilleures opérations, se reproduit si souvent sur place.

Lorsque l'excision est pratiquée, il ne faut pas s'astreindre, nous le répétons, à l'incision en V ; on ne peut pas de cette façon opérer suffisamment dans les parties saines, au moins dans la partie inférieure de la lèvre, à moins que l'on n'élargisse notablement les branches du V en haut, ce qui donnerait lieu à une perte de substance inutile. Lorsque le mal est placé en haut, près du bord, l'incision semi-lunaire, recommandée par Dupuytren et par Richerand, est applicable à condition que sa convexité se tienne à une distance suffisante, de 4 à 5 millimètres au moins des limites inférieures de la partie malade. Lorsque le mal est situé vers le milieu de la lèvre, deux incisions qui formeraient un ellipse, partout suffisamment distancées du cancroïde, seraient préférables. Lorsque le mal est très étendu, la meilleure méthode est de faire de chaque côté, à une certaine distance, une incision verticale ou légèrement convexe en dehors, que l'on réunit par leur base après avoir séparé auparavant la lèvre jusqu'au bord inférieur du maxillaire. La grande élasticité de toutes ces parties permet, même dans les pertes de substance un peu étendues, la réunion par la suture entortillée, le rapprochement étant aidé par l'application de bandelettes agglutinatives, et facilité au besoin par l'agrandissement de la fente buccale, en pratiquant à chaque commissure une incision horizontale de 1 centimètre environ de longueur. Le mal a-t-il envahi une des commissures et une partie de la joue, il faut avant tout enlever largement et réunir ensuite autant qu'on pourra au moyen d'épingles. Lorsque la perte de substance produite par l'opération est très grande, il n'y a d'autre ressource que l'au-

toplastie. On est généralement d'accord sur les inconvénients d'emprunter un lambeau renversé à des régions voisines ; aussi préfère-t-on opérer le rapprochement par des incisions étendues dans le voisinage du cancroïde opéré. Parmi les divers procédés conseillés dans ce but, celui de Dieffenbach me paraît le meilleur; le voici tel qu'il est décrit dans sa *Chirurgie opératoire* (1) : « On fait à chaque commissure buccale une incision horizontale d'un pouce et demi de longueur, en pénétrant jusqu'à » la membrane muqueuse buccale ; on incise ensuite celle-ci un » peu plus haut au moyen de ciseaux et dans la même direction. » On pratique alors de chaque côté une incision verticale jusqu'au bord de la mâchoire. (On suppose que le cancroïde a » été enlevé préalablement.) Les deux lambeaux quadrangulaires ainsi formés permettent alors de toute part une réunion » au moyen de la suture entortillée, et les bords de la membrane » muqueuse qui dépassent les lambeaux sont renversés au dehors » et fixés au moyen d'un point de suture. Au point où la membrane muqueuse se réunit au milieu, on fait également quelques points, puis on attire les coins externes des lèvres nouvelles un peu en haut, vers le bord de l'incision, du côté de » la lèvre supérieure, et on les y fixe également au moyen de la » suture. Les ouvertures latérales sont remplies avec de la charpie, et l'on applique quelques bandelettes après avoir toutefois » recouvert les épingles d'une couche mince de charpie. » Un autre procédé de Dieffenbach, dans des opérations moins étendues, consiste à pratiquer, lorsque, après avoir réuni par la suture, on craint une forte tension, une incision verticale de chaque côté, à une certaine distance de la réunion. Ces incisions latérales ne doivent intéresser que la peau, et on les laisse guérir par seconde intention. On enlève les épingles du troisième au quatrième jour.

(1) Dieffenbach, *Die operative chirurgie*, Leipzig, 1845, t. I, p. 419-20.

Lorsque l'os est malade ou seulement suspect, il faut l'enlever largement. Il en est de même des ganglions lymphatiques lorsqu'ils sont assez volumineux pour supposer qu'ils renferment de la matière épidermique. Si l'on a pratiqué l'incision semi-lunaire, la guérison que l'on obtient par seconde intention est généralement assez exempte de difformité.

D'après nos doctrines sur ces maladies, il faut opérer les récidives largement et de bonne heure, et, nous le répétons, nous avons vu des malades guérir radicalement après une seconde et une troisième opération. Il survient quelquefois des hémorrhagies après l'opération. Si la compression et le froid ne parviennent pas à les arrêter, il faut passer une épingle profondément à travers la partie qui fournit le sang, et ce point de suture profond l'arrête presque immédiatement.

L'érysipèle est rare après l'excision de ces tumeurs, lorsque la lèvre seule est intéressée; il survient plutôt dans les cas où l'on a été obligé d'enlever une partie de l'os maxillaire.

On voit, d'après ce qui précède, que le procédé opératoire doit varier selon l'étendue du mal. Il est très important de conseiller au malade, après l'opération, de renoncer à fumer la pipe, et de se faire de nouveau opérer dès la première apparition d'une récidive, et c'est dans ce cas-là que nous engagerions les chirurgiens à tenter la pâte arsenicale après avoir excisé toutes les parties saillantes du tissu morbide. Il faut surtout faire comprendre au malade qu'une récidive opérée de très bonne heure promet la guérison, tandis que négligée, elle conduit à l'incurabilité et à une mort certaine après des souffrances vives et prolongées.

B. Cancroïde de la face.

C'est cette affection surtout qui a été désignée sous le nom de *noli me tangere*, ou sous celui d'*ulcère chancreux du visage*,

maladie qui montre des différences bien plus incontestables encore avec le vrai cancer que le cancroïde localisé sur la lèvre inférieure. Nous avons recueilli vingt-deux observations sur celui de la face; nous désignons tout court sous ce nom le mal localisé ailleurs qu'au visage et à la lèvre inférieure. Sur ces vingt-deux cas, le cancroïde avait sept fois son siége au nez, trois fois à l'aile droite, trois fois à l'aile gauche, et une fois au milieu. Six fois, c'était la région des paupières, et une fois même les yeux avaient complétement disparu ; c'était un cancroïde qui, partant primitivement du nez, avait peu à peu envahi le nez et les orbites. Cinq fois le cancroïde siégeait à la joue, une fois à la lèvre supérieure, une fois au front, deux fois à la région temporale. En un mot, toutes les parties de la figure étaient affectées, mais le nez et la région palpébrale plus fréquemment que le reste de la figure.

Nous verrons tout à l'heure que, quoique l'ulcère rongeant constitue la terminaison la plus commune du cancroïde du visage, il débute cependant le plus souvent par un petit bouton comme verruqueux, qui montre exactement la même structure que celui de la lèvre. Bientôt sa surface épidermique se soulève et l'ulcération s'établit ; et c'est alors, surtout dans les régions malaire et sous-orbitaire, que l'on reconnaît fort bien la structure papillaire de ces végétations qui précèdent une ulcération plus profonde. Nous avons ici à signaler un fait fort remarquable, et dont nous ne saurions que difficilement nous rendre compte, c'est la structure de ces papilles dans la région palpébrale inférieure. L'épithélium, qui en forme la circonférence ou la majeure partie, est allongé et étroit, et offre la plus grande ressemblance avec des éléments fibro-plastiques fusiformes. C'est dans la région malaire que nous avons trouvé plus de ressemblance avec le cancroïde de la lèvre inférieure, tandis qu'au nez, nous n'avons guère rencontré de ces excroissances fongueuses

formées par les papilles; le fond de ces ulcères était assez lisse et uni, et l'on ne reconnaissait à sa surface d'autres éléments que ceux de la suppuration mêlée d'un peu d'épiderme.

Nous n'avons point jusqu'à ce jour observé de propagation du cancroïde de la face aux glandes lymphatiques voisines, et, sous ce rapport, c'est un cancroïde bien plus strictement localisé que celui de la lèvre inférieure, et même la marche en est si lente qu'ordinairement les malades ne succombent pas à ses progrès, mais à de toutes autres affections. Il m'a fallu, du reste, mettre beaucoup de temps pour réunir des matériaux un peu complets sur ce sujet, et c'est quelquefois à plusieurs années de distance seulement que j'ai pu trouver les faits qui me manquaient pour arriver à des doctrines générales. C'est ainsi, par exemple, qu'en 1841 et en 1843, j'ai excisé à deux personnes des cancroïdes de la face à l'état presque naissant, ce qui m'a donné l'occasion d'en étudier la structure avec détail. C'est depuis 1844 seulement que j'ai pu voir à la Salpêtrière plusieurs autopsies de femmes atteintes de cancroïdes de la face, mal qui n'avait pas été chez elles la cause de la mort. Pendant toutes ces dernières années, j'ai vu de ces cancroïdes extirpés avec le bistouri, et j'ai dû en rechercher la structure jusque dans les escarres produites par les caustiques. Il m'a fallu enfin suivre jusqu'à ce jour à la Salpêtrière un certain nombre de femmes, guéries par la pâte arsenicale de M. Manec, pour savoir jusqu'à quel point cette guérison était durable. On voit d'après cela qu'il est bien plus difficile et plus long d'arriver aux vérités cliniques par l'observation que ne l'imaginent ces histosophes prétentieux, qui après avoir raclé quelquefois la surface d'une tumeur, et après avoir soumis ces fragments à l'inspection microscopique, n'hésitent pas à décider avec un aplomb imperturbable les questions pathologiques les plus graves et le plus au-dessus de leur compétence.

Non seulement nous n'avons jamais rencontré dans nos autopsies de cancroïdes de la face le rapport le plus éloigné avec l'infection cancéreuse, mais nous ne connaissons pas même un seul fait de ce genre dans la science.

Si nous jetons à présent un coup d'œil sur le développement du cancroïde de la face, nous trouvons comme point de départ un bouton, une espèce de poireau, mais qui, tout en ayant la même structure qu'à la lèvre inférieure, en est cependant bien différent sous le rapport du pronostic. Pendant bien plus longtemps en effet, pendant toute la vie quelquefois, il peut rester à l'état stationnaire, surtout si le malade ne l'irrite pas par des attouchements indiscrets, ou le chirurgien par des moyens locaux insuffisants. Nous avons vu l'ulcération ne survenir spontanément qu'au bout de dix, de vingt et de trente et un ans. Celle-ci n'est quelquefois point précédée d'un véritable poireau, et elle peut commencer par une légère saillie un peu rougeâtre, recouverte d'abord de pellicules, ensuite de croûtes minces, au-dessous desquelles se trouve déjà une excoriation, laquelle s'agrandit peu à peu en surface et en profondeur et devient ainsi un ulcère chancreux. La marche de l'ulcère est fort lente tant qu'il est au milieu de la peau. La destruction quelquefois très considérable qui peut faire disparaître le nez dans sa totalité, les paupières et jusqu'aux yeux, et transformer les joues, les tempes en vaste surface suppurante, ne survient généralement que très tard, lorsqu'aucun secours convenable n'a été opposé à la maladie et lorsqu'on a surtout laissé envahir les surfaces muqueuses. Il est un point de pratique important sur lequel il faut attirer toute l'attention du praticien : ce sont les croûtes sèches et épaisses qui se forment au commencement sur ces ulcères et qui en masquent les progrès et l'étendue. Il est essentiel aussi de bien fixer son attention sur l'état dur, calleux et renversé des bords; le procédé opératoire dépend de l'appréciation juste de cet état.

Quoique l'opinion générale soit que ces maladies sont très douloureuses, il n'en est rien cependant dans la majorité des cas, et ce n'est qu'exceptionnellement et plutôt passagèrement que les malades se plaignent de douleurs vives, de tension dans le pourtour de l'ulcère et de lancées.

La marche et la durée sont ici des plus essentielles à connaître, et elles nous fourniront de nouvelles preuves incontestables de la nécessité de séparer ces affections du véritable cancer.

Le cancroïde de la face est une affection très chronique, de bien plus longue durée surtout que celui de la lèvre inférieure. Sa marche est d'autant plus lente qu'il a son siége dans des parties moins riches en vaisseaux sanguins et lymphatiques, en portions charnues, en tissu cellulo-graisseux. Nous avons déjà insisté sur l'innocuité de ces petites tumeurs siégeant au nez, mais même l'ulcération déjà établie et nantie d'un caractère envahissant incontestable, offre encore une marche bien lente. Nous aurons toujours présentes à l'esprit deux pauvres femmes de Bex, dans le canton de Vaud, que nous avons vues atteintes d'ulcères cancroïdes de la face pendant les onze ans que nous avons exercé la médecine dans ce pays. L'une, âgée de cinquante ans, avait le nez et la joue rongés par un ulcère profond, mais pendant tout ce temps elle se portait bien du reste et souffrait peu. L'autre, âgée de quatre-vingt-dix-neuf ans, portait, depuis plus de dix ans également, un ulcère cancroïde étendu et profond à la face (nez et joues), sans que l'état général de la santé et son embonpoint en fussent troublés. Nous avons vu à la Salpêtrière trois femmes, dont nous avons recueilli les observations avec beaucoup de détails, qui avaient été complétement guéries, par la pâte arsenicale, d'ulcère chancreux de la face. Chez l'une, la guérison datait de cinq ans lorsque nous l'avons perdue de vue ; chez la seconde, elle est encore à peu près complète après bientôt quatre ans, et chez la troisième, elle s'était soutenue pen-

dant huit ans, lorsque l'année dernière cette pauvre femme a succombé au choléra. Les deux dames auxquelles nous avions extirpé des cancroïdes il y a sept et neuf ans, n'ont pas eu de récidives, à notre connaissance. La sixième observation de Ledran, du travail déjà cité, nous offre également l'exemple d'un ulcère chancreux du nez guéri en 1730, sans qu'il y ait eu récidive. Le moment où l'observation a été publiée ne nous est pas exactement connu, l'édition est de 1757; et comme la troisième observation du même travail est de 1748, il est infiniment probable que c'est jusqu'à ce moment au moins que la guérison doit s'être soutenue, puisque Ledran parle d'une guérison radicale et complète. M. Allertz, le médecin du pape défunt, nous a donné des détails curieux sur un cancroïde de la face dont le pape Grégoire XVI avait été atteint. M. Allertz, d'Aix-la-Chapelle, fut appelé à Rome, en 1837, pour le traiter. L'ulcère chancreux, contre lequel tous les traitements antérieurs avaient échoué, siégeait au nez. Il obtint la cicatrisation complète par la pâte arsenicale du frère Côme, guérison qui s'est si bien soutenue, qu'à sa mort, huit ans plus tard, aucune récidive ne s'était encore montrée. Si nous comparons ces résultats avec ceux obtenus dans le véritable cancer, nous sommes obligé d'avouer que nous n'avons encore rien pu observer de pareil pour cette dernière affection.

Nous avons noté la durée de la maladie chez dix-huit malades, pas jusqu'au moment de la mort, mais depuis le début jusqu'au moment où nous avons cessé de les observer. Nous arrivons à ce curieux résultat que la durée moyenne, malgré cette restriction, a été de 9 ans 7/12es. La durée a varié entre 18 mois et 33 ans; 14 fois sur 18 elle a dépassé 3 ans, dans 10 cas elle a été de 10 ans et au delà. Voici du reste ce tableau:

10 mois.	1
2 ans.	2
3 »	1
4 »	2
5 »	1
6 »	2
7 »	1
10 »	3
14 »	1
15 »	1
20 »	2
33 »	1
	18

L'âge de la plus grande fréquence est généralement pour le cancroïde de la face celui du déclin de la vie et même de la vieillesse tout à fait. Cependant, peut-être nos chiffres sont-ils sous ce rapport moins probants, vu qu'une bonne partie de nos observations ont été recueillies à la Salpêtrière. Nous ferons pourtant remarquer qu'il se trouve même à la Salpêtrière beaucoup de femmes au-dessous de 50 ans, éloignées par conséquent de la vieillesse, et que c'est plutôt la maladie que l'âge qui y détermine l'admissibilité. Quoi qu'il en soit, l'âge noté dans 21 cas a été 10 fois, ainsi dans près de la moitié, au-dessus de 65 ans, dont 6 fois entre 70 et 75. Si l'on veut remonter au début par rapport à l'âge, il faudrait en défalquer près de 10 ans en moyenne, vu que c'est là la durée moyenne de la maladie, et que nous avons bien plus généralement pris l'âge à l'époque où nous cessions d'observer ces malades qu'au commencement. Il est donc certain que le cancroïde de la face est une maladie plus particulièrement propre à l'âge déjà un peu avancé et bien autrement fréquente après 50 ans qu'avant, et qu'elle n'empêche point ces femmes d'arriver à une vieillesse avancée. L'âge moyen a été de 62 10/17es. Voici le tableau.

35 ans.	1
40 à 45 »	2
45 à 50 »	2
50 à 55 »	1
55 à 60 »	3
60 à 65 »	2
65 à 70 »	3
70 à 75 »	6
75 à 80 »	0
80 à 85 »	1
	21

Le sexe féminin paraît avoir une prédisposition marquée, puisque sur 22 observations nous avons 18 femmes et 4 hommes seulement; elle compense pour ainsi dire la prédisposition plus grande des hommes pour le cancer de la lèvre inférieure, et l'on peut se demander, comme ce sont la plupart du temps des fumeurs, si ce n'est pas cette cause accidentelle qui, pour les hommes avec une prédisposition générale, a alors fixé de préférence le lieu d'élection.

Quant à l'influence de maladies antérieures sur le cancroïde de la face, nous n'avons point pu en découvrir jusqu'à ce jour, et nous ne croyons pas qu'il en existe lorsqu'on a soin d'en séparer le lupus et les affections vénériennes, et la meilleure preuve que l'état antérieur de la santé n'y est pour rien, c'est que postérieurement au développement de l'ulcère l'état général continue ordinairement à être bon, et ne se détériore que très tardivement après que l'ulcération a fait de bien grands progrès et s'accompagne d'une suppuration sanieuse et abondante.

Le pronostic est donc meilleur pour le cancroïde de la face que pour celui de la lèvre inférieure; sa marche est plus lente, et il reste plus strictement localisé, de plus il offre plus de chances de guérison lorsqu'il est opéré de bonne heure. Cependant, s'il n'a pas été vigoureusement attaqué dès le principe, si l'ulcération a déjà pris une certaine étendue, il devient par la

suite une affection incurable, mais qui ne tranche la vie du malade qu'au bout d'un certain nombre d'années de durée. C'est ici qu'on peut de nouveau se convaincre combien la division des produits morbides, en affections bénignes et malignes, est vicieuse. Vous avez sous les yeux un bouton chancreux qui persiste pendant dix ans sans inconvénient; le malade au bout de ce temps y éprouve des démangeaisons, il le gratte et il l'irrite, le bouton s'enflamme et s'ulcère à sa surface, vous êtes appelé à temps et vous l'excisez largement avec sa base, et le malade guérit. Dans d'autres circonstances, le malade ne souffrant pas trop et voyant son bouton recouvert d'une croûte laisse le mal faire des progrès. Un ulcère s'établit, on le traite incomplétement et le mal devient incurable, mais même ce terme est tout ce qu'il y a de plus élastique, et les trois malades que nous avons vues guérir à la Salpêtrière par M. Manec, et bien solidement guérir, y avaient été envoyées comme incurables par des chirurgiens distingués. On voit combien le jugement devient difficile dans toutes ces questions lorsqu'on tient à se dégager de toute opinion préconçue et à pénétrer au fond des problèmes.

Nous n'avons presque rien à ajouter ici pour le traitement du cancroïde de la face. Tout ce que nous avons dit plus haut sur l'emploi des caustiques s'applique ici, et il faut se rappeler que leur usage ne doit commencer que là où le bistouri ne serait plus suffisant. La sage combinaison entre l'excision et la cautérisation constituera ici tout l'art du chirurgien, qui doit toujours se rappeler aussi qu'il ne faut pas hésiter d'occasionner de vives douleurs par l'emploi énergique de l'arsenic pour épargner ensuite tous les inconvénients de l'ulcère cancroïde inaccessible aux ressources de l'art.

C. Cancroïde du pénis.

Nous voilà encore devant une des maladies qui a toujours été confondue avec le vrai cancer, et pourtant nos observations nous démontrent qu'à peine un tiers de ces affections était vraiment de nature cancéreuse, plus des deux tiers, par conséquent, de nature cancroïde. On aurait dû, du reste, déjà être frappé par le fait de la nature plus strictement locale de cette maladie qui, quoique bien loin d'être bénigne, a cependant été guérie radicalement un certain nombre de fois par l'opération. De plus, on a généralement remarqué qu'on rencontrait rarement des lésions cancéreuses dans les viscères chez les individus qui avaient succombé à ce mal; cela doit être, puisque ces dépôts secondaires ne peuvent se rencontrer que lorsque la tumeur primitive de la verge est un véritable cancer, et nous avons vu plus haut que, dans ce cas, on en trouvait dans le foie, dans les poumons, dans le système veineux, etc. Il y a un autre fait qui aurait dû frapper également les pathologistes et qui, déjà signalé par Key, a été pleinement confirmé par la longue expérience de M. Roux. C'est l'extrême fréquence d'un phimosis congénial chez les individus atteints d'une maladie cancéreuse de la verge. On sait combien une cause prédisposante aussi patente est rare pour le vrai cancer. Eh bien, des exceptions pareilles dans l'histoire du cancer, cachaient évidemment un problème, aussi n'est-il pas étonnant que l'anatomie pathologique ait démontré une différence incontestable entre le cancer et le cancroïde du pénis, et nous espérons que l'étude clinique viendra de plus en plus confirmer ces doctrines.

1° *Anatomie.* — Nous avons étudié avec détail 9 cas de cancroïde de la verge. Sur ce nombre, 3 avaient leur siége exclusif au prépuce, 2 au gland et au prépuce, 3 au gland seul avec extension, 1 fois au corps caverneux. Une fois nous avons rencon-

tré des végétations cancroïdes sur toute la surface externe et interne du prépuce, sur le gland et tout le long de la surface du pénis jusqu'au pubis, végétations qui offraient cela de particulier que très souvent il en tombait des masses considérables, tandis que de nouvelles végétations survenaient tout autour. L'aspect extérieur du cancroïde du pénis se distingue par sa nature végétante et framboisée. Il apparaît au début par une espèce de végétation qui grandit en restant isolée ou en s'étendant d'une manière plus diffuse, de façon à occuper peu à peu une assez large surface du prépuce ou du gland. Le bord prépucial du gland et la surface interne du prépuce sont les points de départ de prédilection, mais lorsque le mal a pris un certain accroissement, il devient difficile de distinguer son point d'origine. Mais que l'on examine le mal au début ou plus tard, toujours y retrouve-t-on l'élément papillaire épidermique très développé. Dans une première forme, les papilles sont isolées, ayant pour base commune le derme du gland ou du prépuce. Elles sont alors proportionnellement volumineuses, de 1 à 3 millimètres de long en moyenne, mais pouvant atteindre une longueur de 6 millimètres sur 1/2 à 2 millimètres de large; elles sont cylindriques, roses ou plus rouges, selon leur degré de vascularité. Dans une autre forme, les groupes de papilles sont revêtus d'enveloppes épidermiques communes, ce qui donne alors à l'ensemble un aspect verruqueux. Dans les deux formes, il survient bientôt à la surface un suintement d'abord caséeux et composé d'épiderme, et plus tard plus franchement purulent, c'est alors qu'une érosion d'abord superficielle survient, se recouvre de croûtes et s'étend sous celles-ci de proche en proche pour former bientôt de véritables ulcérations qui, cependant, ne deviennent jamais aussi profondes et aussi étendues que dans le cancroïde de la face.

Lorsque la tumeur est isolée, elle acquiert un volume qui varie entre celui d'une noisette et celui d'une grosse noix et au delà.

Lorsqu'elle est composée de petites tumeurs verruqueuses, leur masse totale donne à la verge un élargissement cunéiforme, et l'ensemble peut acquérir et dépasser le volume d'une petite pomme. Les végétations qui composent la masse varient de grosseur entre celle d'une lentille, d'un pois et au delà. Rien de plus irrégulier et de plus variable, du reste, que la surface de cette forme de cancroïde. Le prépuce, lorsque le mal a fait de grands progrès, s'épaissit à sa face externe et se trouve souvent infiltré de sérosité ; l'urètre est caché au milieu de ces aspérités mamillaires qui en rétrécissent parfois tellement l'ouverture, que des fistules urinaires se forment plus tard sur le trajet du canal de l'urètre. Nous avons été à même de faire des études curieuses sur l'extension locale de ce cancroïde, études qui nous rendent parfaitement compte de son apparente malignité. Outre son extension visible et superficielle, il peut se propager dans deux directions : d'abord à travers les corps caverneux, dans lesquels nous avons trouvé disséminées de petites tumeurs épidermiques du volume d'une lentille, composées des mêmes éléments que le cancroïde de la surface ; l'autre propagation est bien plus grave, c'est celle aux glandes de l'aine. C'est surtout dans les récidives qu'on voit celles-ci s'engorger d'abord, s'ulcérer plus tard et donner lieu à de ces vastes ulcérations intarissables qui deviennent par la suite des foyers d'infection putride. L'épiderme est-il transporté directement, ou son blastème est-il absorbé et déposé dans les ganglions lymphatiques? voilà la question qui se présente ici de nouveau, et nous pencherions d'autant plus pour la dernière opinion, que dans les ulcères et des tumeurs fort étendues nous avons trouvé des quantités bien autrement considérables d'épiderme que dans le siége primitif de la récidive. Il paraît même que l'infection ganglionnaire survient plus volontiers dans cette condition. Mais, chose curieuse, passé les ganglions de l'aine, on ne trouve plus nulle part un atome de matière

épidermique, ce qui établit de nouveau une ligne de démarcation entre les infections cancroïde et cancéreuse : l'une se fait par propagation dans la zone des communications anatomiques, l'autre se fait à travers le système circulatoire général dans toute l'économie.

L'examen microscopique montre dans le cancroïde de la verge des éléments en tout conformes à ceux que nous avons décrits plus haut; l'infiltration graisseuse ou granuleuse y est fréquente, soit dans les cellules et les globes épidermiques séparément, soit dans des portions de tissu tout entières, qui peuvent alors prendre un aspect terne, d'apparence tuberculeuse. On rencontre de plus, dans la base dermatique de ces productions, des éléments fibreux et fibro-plastiques.

Jetons enfin, avant de terminer cette esquisse anatomique, un coup d'œil sur le résultat des autopsies cadavériques.

Sur 4 autopsies, dont 2 faites en commun avec M. Leudet, auquel nous devons quelques notes très précieuses sur cette maladie, il y avait absence totale de participation de l'économie tout entière, et dans l'une, pourtant, une infection plus générale paraissait probable à cause de l'engorgement et de l'ulcération des glandes de l'aine. M. Ricord m'a parlé également de la grande rareté de l'infection générale de l'économie dans le cancer de la verge, lors même qu'on ne faisait pas la distinction entre le cancer et le cancroïde. Cela n'a rien d'étonnant, car nous avons vu plus haut que le véritable cancer de la verge s'accompagnait aussi bien d'infection que le cancer de tous les autres organes; par conséquent, nous formulerons la loi d'infection ici un peu différemment : dans le véritable cancer de la verge, infection générale fréquente; dans le cancroïde de la verge, au contraire, infection locale, mais jamais infection générale, jamais dépassant la base de la verge et les régions inguinales.

2° *Pathologie.* — La description anatomique du développe-

ment de ce cancroïde, est aussi celle de son développement clinique. Mais, quoique placé à la superficie, le mal reste pendant longtemps caché à cause du phimosis, qui, en empêchant de décalotter, permet au mal, douloureux pendant le coït seulement, de végéter et de croître sans attirer beaucoup l'attention. Le phimosis a alors encore un autre inconvénient, c'est que le prépuce étant déjà trop étroit à l'état normal, il l'est à plus forte raison lorsque les parties qu'il recouvre grossissent. En gênant la circulation, il produit un état congestif habituel dans le cancroïde naissant, ce qui en favorise la vascularisation et le développement. Les douleurs sont généralement peu vives pendant les premiers temps, mais quelques malades sont incommodés par une vive démangeaison qui est encore augmentée par l'urine qui mouille habituellement ces végétations, vu que son émission éprouve de plus en plus de la gêne. C'est au gland que nous avons observé deux fois le fait déjà signalé, que des grosseurs qui avaient jusqu'au volume d'un pois et même d'un grain de raisin pouvaient se détacher et tomber tout à fait. Si l'on en coupe quelques portions pour les examiner dans le but d'éclairer le diagnostic, ce que nous avons fait plusieurs fois avec M. Ricord, à l'hôpital des Vénériens, il n'en résulte également aucun inconvénient et la petite plaie se cicatrise promptement. Lorsque le mal a acquis de grandes dimensions, il s'étend, comme nous l'avons décrit, aux parties voisines jusqu'aux glandes de l'aine; et si, au bout d'un certain temps, de vastes ulcérations s'y sont établies, le malade succombe dans un état de dépérissement consécutif à toute suppuration vaste et intarissable, sans que cependant aucun viscère devienne cancéreux. Si l'on opère de bonne heure, il existe dans la science pas mal d'exemples, et j'en ai deux dans ma pratique, où la guérison a été complète, fait déjà signalé par Lisfranc dans son travail sur les cancers superficiels que l'on aurait crus profonds, et ce fait

est signalé d'une manière bien nette aussi par M. A. Bérard dans le passage suivant de l'article PATHOLOGIE DU PÉNIS du *Dictionnaire* (1) : « Que cela tienne à ce que le cancer du pénis est » le plus souvent causé par une irritation accidentelle, ainsi que » nous l'avons dit, ou à toute autre cause, il est certain qu'il » paraît être plus bénin que celui de la plupart des autres or- » ganes ; et cette particularité de son histoire est de nature à » expliquer la proportion moindre des récidives qui surviennent » après l'ablation de la maladie. Peut-être aussi faut-il en trou- » ver la raison dans la difficulté de reconnaître le véritable can- » cer du pénis, et en ce qu'on a plusieurs fois enlevé comme » cancéreuses des affections de cet organe qui ne l'étaient pas. »

Fidèle à notre principe d'éviter toute exagération dans un sens aussi bien que dans un autre, nous devons cependant avouer que la récidive n'est pas rare dans le cancroïde du pénis lorsqu'il a été opéré tardivement. Nous avons déjà signalé le fait que le cancroïde n'empêchait pas l'infection vénérienne, et qu'un de nos malades portait à la surface de sa tumeur un chancre phagédénique. En thèse générale, la santé reste bonne, tant que les désordres locaux ne sont pas très étendus.

La marche du cancroïde du pénis est plus lente que celle du cancer. Nous l'avons noté huit fois, dont nous déduisons, avant tout, deux cas où l'affection n'avait duré, dans l'un que 10 mois, et dans l'autre 6 mois, parce que connaissant tous les dangers de la temporisation, nous avons extirpé ces deux cancroïdes peu étendus encore, et nous n'avons pas eu de récidives. C'est à cause de la crainte du cancroïde que nous avons aussi l'habitude d'enlever largement, avec des ciseaux courbes, tous les condylomes d'une certaine dimension, qui se montrent sur le gland ou le prépuce ; et nous ferons observer à cette occasion qu'il est

(1) *Dictionnaire de médecine*, t. XXIII, p. 439-440.

difficile de tracer une ligne de démarcation entre des condylomes étendus placés sur une base commune, et le cancroïde. Dans une de nos autopsies faite avec M. Leudet dans le service de M. Ricord, la durée totale a été de 25 mois. Dans 5 cas enfin, où la durée n'a été notée que jusqu'au moment de l'opération, elle a été une fois de 15 mois, une fois de 18 mois, une fois de 5 ans, une fois de 6 ans et une fois de 10 ans.

L'âge des sujets atteints de ce cancroïde est moindre que pour le vrai cancer, et sur nos 9 cas nous trouvons 2 avant 25 ans, 1 de 33 ans, et les 6 autres ont passé 40 ans. Voici le tableau :

20 à 25 ans.	2
25 à 30 »	»
30 à 35 »	1
35 à 40 »	»
40 à 45 »	1
45 à 50 »	3
50 à 55 »	»
55 à 60 »	1
60 à 65 »	»
65 à 70 »	1
	9

L'influence des maladies vénériennes sur la production de cette affection ne nous paraît pas démontrée, et nous avons pu en constater l'absence comme élément étiologique direct dans presque toutes nos observations.

Le traitement est bien simple. Aucun moyen intérieur n'a de l'action; les mercuriaux et l'iodure de potassium ne peuvent avoir d'autres avantages que de faire disparaître des complications vénériennes. La cautérisation n'est guère applicable. Indiquée seulement dans les cancroïdes superficiels, elle y est remplacée avantageusement par l'excision. La première chose à faire, dès qu'on soupçonne un cancroïde, c'est de faire l'opération du phimosis, s'il existe. Si le mal est borné au prépuce,

on fait la circoncision. S'il s'est déjà étendu au gland, on enlève, outre le prépuce, toute la base du cancroïde du gland; en un mot, on fait des extirpations partielles chaque fois qu'on a la possibilité d'enlever le tout et largement, et l'on pourra souvent agir ainsi lorsqu'on sera appelé à opérer de bonne heure. Aussi le cancroïde de la verge est-il moins fréquent parmi la classe aisée de la population que parmi les hommes du peuple, vu que les premiers cherchent de bonne heure des secours éclairés, dès qu'ils s'aperçoivent de la moindre végétation au prépuce ou au gland. Lorsque l'amputation partielle n'est pas possible, il faut pratiquer celle du membre tout entier. Nous trouvons tous les préceptes qui se rapportent à cette opération si bien exposés dans l'article déjà cité de M. A. Bérard, que nous ne pouvons mieux faire que de citer textuellement ce passage (1) : « Il peut être besoin de couper la verge immédiate-
» ment en arrière du gland, à la partie moyenne de l'organe, ou
» au-devant des pubis. On parle aussi d'amputations latérales
» qui n'atteindraient qu'un des corps caverneux.

» Les instruments nécessaires seront, un bistouri droit un peu
» long, une pince à ligature, des fils cirés, une sonde de gomme
» élastique, et les accessoires ordinaires pour éponger ou arrê-
» ter le sang. On aura rarement besoin du cautère actuel; des
» poudres astringentes seront quelquefois utiles. Le pénil ayant
» été rasé, le malade sera couché horizontalement et à plat sur
» un lit, et le chirurgien se placera au côté droit. Contrairement
» aux écrivains qui l'avaient précédé, Boyer recommande de ne
» pas faire uriner le patient, afin, dit-il, que la sonde, qui doit
» être placée dans la vessie après l'opération, n'irrite point les
» parois de la poche urinaire. Il n'y a aucun grand inconvé-
» nient ou avantage à l'une ou à l'autre de ces pratiques.

(1) *Dictionnaire de médecine*, t. XXIII, p. 442-444.

» La laxité du tissu cellulaire interposé entre la peau et la » tunique fibreuse, la facilité, par conséquent, avec laquelle les » téguments glissent sur le pénis, nécessitent certaines précau- » tions dans la manière de couper la peau. Si celle-ci est trop » attirée vers le gland par la main de l'aide ou du chirurgien, » après la section le moignon sera découvert, et même si l'am- » putation est faite près du pubis, une partie de la peau des » bourses pourra être emportée ; d'autre part, la rétraction exa- » gérée vers la racine de la verge donnera, après l'opération, » une manchette, qui, dépassant de beaucoup la plaie du pénis, » aura le triple inconvénient de recouvrir et de masquer l'orifice » de l'urètre coupé, de rendre la recherche des artères caver- » neuses difficile pour en faire la ligature, et aussi de gêner la » cicatrisation. Boyer, après Ledran, paraît surtout avoir in- » sisté sur le désavantage de cette dernière conduite : il dit que, » contrairement au précepte applicable aux autres amputa- » tions, il faut ici retrancher plus de peau que de corps caver- » neux. Il se fonde surtout sur ce que les corps caverneux coupés » se rétractent dans leur fourreau, tandis que la peau peut tou- » jours se prêter et s'allonger. Cette remarque a sa justesse ; » mais il ne faut pas oublier qu'un léger excès de peau a moins » d'inconvénient que le défaut contraire, et surtout que le pénis » s'allongeant beaucoup pendant l'érection, il faut avoir assez » de tégument pour le recouvrir dans cet état pendant toute la » durée de la cicatrisation, car les érections surviennent assez » fréquemment avant la fin de la cure. La condition la meilleure » est donc d'avoir une quantité de peau suffisante, et c'est au » chirurgien à le déterminer d'après la laxité des téguments dans » le cas actuellement soumis à son observation. Il est probable » au reste, que la crainte d'avoir une dénudation du moignon » a été un peu exagérée par l'habitude des opérations sur le ca- » davre. Dans les cas de cancer du pénis, le fourreau de l'or-

» gane est souvent dans un état d'engorgement tel, que sa ré-
» tractilité est en grande partie diminuée. Ce sera surtout pour
» les amputations au voisinage du pubis qu'il faudra y avoir
» égard, parce qu'alors une partie de la peau des bourses a pu
» être transportée sur la verge.

» Ainsi donc le chirurgien, enveloppant avec un linge la por-
» tion du pénis qui devra être enlevée, la saisira avec la main
» gauche, en tirant légèrement la peau vers le gland, tandis
» qu'un aide, saisissant la verge près de sa racine, attirera aussi
» un peu la peau contre le pubis. La peau étant de cette ma-
» nière maintenue fixe à une hauteur convenable, l'opérateur,
» de la main droite, coupera d'un seul coup et perpendiculai-
» rement le tégument, les corps caverneux et l'urètre, en com-
» mençant par le dos de la verge. Cette section est ordinaire-
» ment rapide et facile. On peut cependant rencontrer des
» obstacles. Si, par exemple, il y avait cancer sur un pénis
» affecté en même temps d'une ossification de la veine dorsale
» de ce corps, ou bien d'une ossification de la cloison fibreuse
» placée entre les deux corps caverneux, double circonstance
» rencontrée sur le malade de M. Mac Cleland, et dont la der-
» nière a aussi été vue par M. Velpeau, le bistouri éprouverait
» un obstacle difficile à surmonter : faudrait-il alors, si la com-
» plication pouvait être connue à l'avance, renoncer à l'opéra-
» tion? M. Velpeau s'y est refusé chez son malade, et chez un
» autre dont le pubis envoyait un prolongement osseux long de
» quinze lignes dans le côté gauche de la verge (*Méd. opérat.*,
» t. IV, p. 337).

» Ensuite on liera les vaisseaux. Du sang est fourni par les
» deux artères dorsales du pénis, les deux caverneuses, et si la
» verge a été coupée près du pubis, par des rameaux des deux
» artères superficielles du périnée. Les deux premières seront
» liées facilement, en général, et le plus souvent aussi il en

» sera de même des deux caverneuses qui proéminent à la sur-
» face du moignon. Une compression légère suffira pour arrêter
» l'écoulement veineux fourni par le tissu érectile. C'est donc à
» tort qu'on a pu craindre une hémorrhagie rebelle dans l'am-
» putation de la verge, et l'on ne devrait avoir recours au cautère
» actuel, autrefois employé par Scultet, qu'en désespoir de cause,
» et après avoir essayé infructueusement la ligature. La torsion
» pourrait être faite sur les deux artères dorsales du pénis;
» mais ici elle n'offre aucun grand avantage. »

D. Cancroïde du scrotum.

Nous regrettons de ne pas pouvoir donner la description de cette affection d'après notre propre expérience, mais nous avouons que nous n'en avons pas jusqu'à présent observé un seul cas. Nous ne trouvons même dans les auteurs français qu'un petit nombre de cas relatés avec détail. Une observation de ce genre qui se trouve dans la thèse de M. Mayor n'est autre chose qu'un cancroïde épidermique. Une observation que nous avons trouvée dans la thèse de M. Michon laisse des doutes si l'affection du scrotum a été primitive ou secondaire. Nous n'avons rencontré qu'une seule observation non plus dans les bulletins de la Société anatomique. Un cas rapporté par Bennet n'est également que cancroïde. N'ayant donc trouvé qu'un petit nombre d'observations, nous sommes obligé de donner le résumé de nos lectures sur ce sujet d'après les auteurs anglais.

Le cancroïde du scrotum a été décrit pour la première fois comme *cancer des ramoneurs* (*chimney-sweeper cancer*) par Percival Pott, et quoique sa notice sur ce sujet soit très courte, de quelques pages seulement, elle renferme cependant déjà les traits les plus essentiels de cette maladie; et les auteurs ultérieurs, parmi lesquels il faut surtout citer Earle, A. Cooper, Curling,

n'ont fait que confirmer ces premières observations publiées dans la première moitié du siècle dernier.

Quoique la nature cancroïde de cette maladie du scrotum, dans un grand nombre de cas, résulte clairement de toutes ces descriptions, il nous paraît cependant probable qu'ici encore on aura souvent confondu le cancroïde et le véritable cancer, car on a signalé une forme presque tout à fait locale, à marche lente et bénigne, et une autre bien plus rapide, envahissante, généralisatrice, très maligne en un mot. Pourquoi, du reste, le scrotum aurait-il l'immunité d'être atteint du cancer?

En thèse générale, on peut dire que toute portion de la peau susceptible d'être le siége d'un cancroïde peut aussi être celui d'un cancer.

Le début le plus ordinaire se caractérise par l'apparition d'une petite excroissance verruqueuse à la partie inférieure du scrotum, que Pott appelle verrue de la suie (*soot-wart*), et qu'il attribue à l'irritation produite par la suie qui séjourne dans les rides du scrotum. Il m'est toujours resté des doutes sur la prédominance de cette maladie chez les ramoneurs, et tant qu'elle ne sera pas prouvée par une statistique d'une valeur incontestable, ces doutes seront entretenus par la très simple réflexion que les ramoneurs ont une bonne partie de la surface du corps couverte de suie, par conséquent le cancroïde devrait aussi se montrer chez eux ailleurs qu'au scrotum : celui-ci, et sa partie inférieure surtout, sont tout à fait garantis et à l'abri lorsque les ramoneurs montent dans une cheminée; de plus, la suie est employée en collyres, en pommades contre l'irritation des paupières et les maladies de la peau, on lui reconnaît donc en médecine plutôt une action salutaire que nuisible sur l'organe cutané. Dans le nord de l'Allemagne enfin, où les cheminées sont ramonées de la même façon qu'en Angleterre, ce prétendu cancer des ramoneurs est presque inconnu.

Quoi qu'il en soit, cette petite tumeur mûriforme et verruqueuse peut persister pendant bien longtemps àl'état tout à fait stationnaire. Après avoir augmenté lentement, il finit cependant par s'ulcérer à la surface; peu à peu cette ulcération gagne d'étendue et de profondeur, et l'ulcère bien formé se caractérise par des bords durs, verruqueux et comme renversés en dehors. L'ulcère se propage tantôt plus en bas du côté du périnée, tantôt en haut du côté de la région inguinale, tantôt en profondeur de façon à atteindre le testicule. Du côté de l'aine, il provoque des engorgements glandulaires qui, quelquefois sympathiques, sont alors le résultat de la propagation de l'inflammation et se dissipent après l'opération; d'autres fois ces tumeurs de l'aine s'ulcèrent et deviennent un véritable foyer putride qui accélère la terminaison fatale. Il paraît infiniment probable qu'il arrive alors quelque chose d'analogue à ce que nous avons observé dans le cancroïde de la verge, savoir, une infection épidermique des glandes de l'aine, suivie d'inflammation, d'ulcération et de fonte putride. La terminaison fatale est la conséquence de ces vastes ulcérations qui s'étendent du périnée aux parois abdominales. Cependant nous avons vainement cherché dans les auteurs des exemples de dépôts cancéreux secondaires dans les organes éloignés du point de départ du mal.

Le pronostic de cette affection est moins fâcheux que celui du véritable cancer, et l'excision faite de bonne heure et largement, et à chaque récidive tant que l'opération est possible, est, de l'aveu des auteurs anglais, le seul mode efficace de traitement. Cependant il ne faut pas croire que malgré l'existence de faits bien constatés de guérison radicale, le pronostic soit toujours favorable; car nous savons surtout, par les travaux de Samuel Cooper (1), cités par Walshe, que les récidives après l'opération sont fréquentes, et que la terminaison fatale n'est pas très rare.

(1) Samuel Cooper, *First lines of surgery*, 1840, 7e édit., p. 601.

E. Cancroïde de la vulve.

C'est dans cette région encore que des affections simplement hypertrophiques sont journellement confondues avec le cancer, et si nous insistons énergiquement sur la nécessité de les en séparer, nous y sommes conduit à la fois par notre observation directe, et confirmé dans notre manière de voir, déjà nettement formulée dans notre ouvrage sur les scrofules et les tubercules, par l'excellent travail de M. Huguier (2) sur l'esthiomène de la région vulvo-anale. Aussi, comme nous ne pouvons parler que très en abrégé de cette affection, recommandons-nous ce Mémoire à toute l'attention des anatomo-pathologistes et des praticiens. Nous avons observé, pour notre compte, quatre cas de cancroïdes végétants de la vulve. Deux fois c'étaient les petites lèvres qui étaient le siége d'une hypertrophie verruqueuse, inégale et bosselée. Une fois le mal prenait son point de départ dans la petite lèvre gauche, contournait le prépuce du clitoris, et avait transformé toute cette région en végétations fongueuses, exubérantes, ressemblant à des choux-fleurs à longs pédicules. Une fois, enfin, le mal avait débuté par la face externe de la grande lèvre gauche, et avait envahi, dans un espace de vingt ans, toute la région génitale externe depuis le haut du pubis jusqu'au périnée, et de là jusqu'autour et au-dessus de l'anus. Dans tous ces cas, la structure anatomique et microscopique mettait hors de doute la nature non cancéreuse de la maladie, et ne montrait d'autres éléments qu'une hypertrophie épidermique, papillaire et dermatique, avec vascularité très prononcée et ulcération serpigineuse, dans une de nos observations. Il y avait, dans ces cas, absence de retentissement

(1) Huguier, *Mémoire sur l'esthiomène de la région vulvo-anale* (*Mémoires de l'Académie nationale de médecine*, t. XIV).

sur les ganglions de l'aine, et intégrité des organes internes par rapport au cancer et au cancroïde, fait qui a été confirmé deux fois par nous, par des autopsies, et deux fois par M. Huguier : ce qui prouve la nature toute locale et cancroïde de ces productions morbides.

Le développement local de cette maladie offre cela de particulier que, commençant par une espèce de poireau à la surface des lèvres, il tend en général à s'accroître et à affecter la forme végétante et hypertrophique, et à acquérir ainsi peu à peu des dimensions fort considérables. Tel a été, du moins, le cas dans nos observations. M. Huguier a bien signalé trois formes d'esthiomène de la vulve : 1° le superficiel ambulant ou serpigineux ; 2° le perforant, et 3° l'hypertrophique ; mais son travail est beaucoup plus général que le nôtre et embrasse de préférence tout ce qui a rapport au lupus ; tandis que, pour notre compte, nous avons décrit le lupus ailleurs, et nous en séparons le cancroïde comme une affection différente par un grand nombre de caractères pathologiques qu'il serait trop long d'énumérer ici.

La portion, primitivement atteinte d'une des lèvres, affecte tantôt la forme d'une tumeur verruqueuse, tantôt celle d'une plaque hypertrophique plus diffuse. Elle s'étend de là d'une manière lente et graduelle, soit le long des organes génitaux externes du côté du périnée et de l'anus, soit en haut du côté du clitoris et vers la région pubienne. Tout en présentant alors des saillies multiples, la peau qui leur sert de base commune est également hypertrophiée. Après avoir de nouveau persisté pendant des années à l'état de simple accroissement végétant, il arrive un moment où toutes ces productions se vascularisent, surtout à leur surface, s'érodent et s'ulcèrent, et passent ainsi à une nouvelle phase où un état d'hypérémie subinflammatoire et des ulcérations serpigineuses provoquent le double inconvénient

d'une sécrétion purulente habituelle qui, avec le temps, devient abondante et fétide, et celui d'hémorrhagies répétées qui affaiblissent les malades. C'est à cette époque aussi que l'inflammation peut se propager aux organes du bassin et de là au péritoine, et accélérer ainsi la terminaison fatale qui déjà sans cela est la conséquence du travail ulcéreux étendu du mal local. On est évidemment allé trop loin en envisageant toutes ces maladies comme d'origine syphilitique. Dans le cas de cancroïde de la vulve le plus étendu que j'aie pu observer, son début avait précédé de six mois la défloration, et la malade, qui avait du reste mené une vie peu régulière, m'a donné en tout point des renseignements assez précis pour que ce fait me paraisse démontré, après toutes les précautions surtout que j'ai prises pour la mettre sur ce point en contradiction avec elle-même. Dans les observations rapportées par M. Huguier, l'absence de toute cause syphilitique est également patente pour plusieurs d'entre elles : telle est, du reste, aussi l'opinion de M. Ricord, qui possède dans ses cartons de nombreuses observations et dessins sur toutes les formes de végétations syphilitiques et non syphilitiques de la vulve.

La marche et la durée de cette affection est généralement lente. Dans nos quatre cas, elle a été une fois indéterminée, une fois de 3 ans et demi, chez un enfant où le mal était presque congénial ; une fois de 6 ans, et une fois de 20 ans ; elle a été de 10 ans et demi dans l'un des cas où M. Huguier rapporte l'observation avec autopsie.

Quant à l'âge des malades, il a été une fois de 3 ans 1/2, une fois de 24, une autre fois de 30, et, dans notre quatrième observation, de 37 ans. M. Huguier dit aussi que cette affection s'observe surtout entre 20 et 50 ans.

Le pronostic est moins fâcheux que celui du véritable cancer de la vulve ; cependant, si le mal est abandonné à lui-même, il tend à s'accroître et à amener une terminaison fatale, après une

durée plus ou moins longue. Par conséquent, nous avons encore ici affaire à une affection qui, quoique non cancéreuse, est bien loin d'être bénigne.

Le traitement doit ici s'occuper en même temps de moyens généraux et locaux; car, bien plus souvent que les autres cancroïdes, le mal est lié à un mauvais état général et surtout à la diathèse scrofuleuse : aussi est-ce parmi les médicaments qui conviennent pour cette maladie qu'il faut d'abord choisir. Les amers, les toniques, les préparations iodurées, des bains iodés et salés, et une bonne hygiène, constitueront la base de ces moyens généraux. Il va sans dire que, s'il existe le moindre soupçon d'une complication syphilitique, il faut, avant tout, soumettre les malades à un traitement antivénérien complet. Ce n'est qu'après avoir épuisé toutes les ressources de ce genre qu'il faut penser à un traitement local énergique. Toutefois nous faisons ici la restriction que, si le chirurgien a le bonheur d'être appelé assez à temps, il ne faut pas perdre un temps précieux avec le traitement interne, si le mal tend à s'accroître d'une manière diffuse. La règle fondamentale pour l'opération est, comme pour les autres cancroïdes, d'opérer largement et profondément, et d'enlever toujours, jusqu'au tissu cellulaire sous-cutané, toute la base dermatique qui sert de support au cancroïde. La septième observation du travail de M. Huguier est un fort bel exemple de succès obtenu par l'opération, après que tous les autres moyens étaient restés sans action. Rien de plus mauvais que d'exciser incomplétement le cancroïde et d'enlever seulement les portions saillantes, en laissant persister leur base.

Lorsque le mal est déjà étendu au moment où les secours de l'art sont réclamés, il vaut mieux faire successivement plusieurs opérations que de pratiquer à la fois une trop vaste excision. Des extirpations partielles n'ont point d'inconvénient, lorsque

peu à peu on dépasse toutes les limites du mal. On peut même tenter la réunion par la suture entortillée, chaque fois que la disposition des parties le permettra. C'est dans des cas de ce genre que le génie et la hardiesse du chirurgien pourront se montrer dans tout leur jour pour arracher des victimes à une terminaison à la longue fatale, sans les secours les plus actifs.

Nous empruntons enfin quelques préceptes spéciaux sur ce traitement au beau travail de M. Huguier (p. 47 à 49) : « Si le » prépuce du clitoris ou les nymphes forment des tumeurs dures, » élastiques, volumineuses et comme pédiculées, qui résistent à » l'action des médicaments, et persistent longtemps après la » disparition des anciens symptômes de la maladie, mais surtout » après l'engorgement ganglionnaire, il faut enlever. »

« Il faut se conduire de la même manière pour les caroncules » myrtiformes hypertrophiées et indurées, les plis de l'anus qui » ont subi la même altération, ainsi que pour les tumeurs qui se » montrent au raphé périnéal. Ce n'est pas que, le plus souvent » et à la longue, toutes ces petites tumeurs ne finissent par s'af- » faisser, diminuer, par devenir souples et douces ; mais c'est » que les plis cutanés et muqueux aux dépens desquels elles » s'étaient formées restent saillants, plus développés qu'à l'état » normal, sont d'un aspect désagréable, gênent l'exercice des » fonctions de la région, empêchent de la tenir dans un état de » propreté convenable, et facilitent le retour de la maladie. » Cette petite opération n'est, au reste, jamais suivie d'acci- » dents, et elle accélère considérablement la guérison en dé- » terminant un dégorgement et une rétractation salutaires des » tissus.

» On fera même bien, en raison de son innocuité, de la pra- » tiquer sans en prévenir les malades, qui pourraient s'y opposer » ou éprouver une secousse morale et nerveuse dont les suites » pourraient être graves.

» Lorsque, après la guérison, l'extrémité inférieure de l'u-
» rètre, les nymphes, le prépuce du clitoris, les caroncules,
» l'extrémité inférieure du vagin ou l'une de ses parois, les plis
» de l'anus se sont cicatrisés isolément, ne se sont pas recollés
» aux parties dont ils ont été détachés par l'ulcération, il faut
» exciser, autrement ils laissent des culs-de-sac au fond des-
» quels séjournent l'urine, le sang menstruel, les mucus utéro-
» vaginaux, et même quelquefois des parcelles de matières ster-
» corales qui irritent ou enflamment les parties, deviennent
» cause de cuissons, de démangeaisons insupportables, d'éry-
» thème, d'eczéma, d'herpès, etc.; ou bien, ils forment des
» lambeaux flottants d'un aspect toujours désagréable, lorsqu'ils
» ne gênent pas le jeu des organes ou ne s'opposent pas à
» l'accomplissement de leurs fonctions; ils peuvent même être
» dans ce cas une cause de récidive; enfin, dans certaines cir-
» constances, ils doivent être enlevés, ne fût-ce que parce qu'ils
» déforment les organes, rappellent des idées qui refroidissent
» ou même décèlent un passé qu'on eût voulu ignorer. Qu'on se
» figure, en effet, une ou les deux nymphes entièrement déta-
» chées de la vulve, ne tenant plus que par l'une de leurs ex-
» trémités, et pendantes sur l'ouverture vulvaire ou retombant
» sur le périnée, à la manière d'un battant de cloche: de quelle
» répulsion une semblable disposition ne peut-elle pas être suivie,
» sans parler des pénibles soupçons qu'elle peut faire naître? »

« Un des accidents dont on a le plus à s'occuper, c'est le ré-
« trécissement des ouvertures vulvaire et anale qu'il faut s'atta-
» cher à prévenir et à combattre, quand il existe, par des tentes
» de charpie dont on augmente graduellement le volume, et que
» l'on couvre de pommades résolutives variées, suivant l'indica-
» tion; on devra même, dans certains cas, avoir recours à des
» incisions bien ménagées dont on dirigera ensuite avec soin la
» cicatrisation. »

« Le rétrécissement de l'urètre n'est jamais porté assez loin » pour s'opposer à la miction et nécessiter des soins spéciaux. »

F. Cancroïde du tronc et des membres.

Il nous reste encore dix observations à analyser, qui, tout en offrant quelques particularités, viennent cependant encore confirmer nos doctrines générales sur cette matière.

Quant au siége, nous trouvons une prédilection marquée pour la main et le pied. Nous avons observé le cancroïde trois fois sur chacune de ces régions. Le cancroïde du dos de la main surtout nous paraît avoir assez de ressemblance avec celui du scrotum. Il débute par une tumeur verruqueuse, qui ensuite s'ulcère et offre alors des bords durs, saillants et verruqueux, bien plus que l'ulcère de la lèvre et du reste de la face. Nous sommes confirmé, dans cette manière de voir, par la remarque d'Earle, qui dit que le cancer des ramoneurs se montre quelquefois au dos de la main. Quant au pied, c'est le talon qui paraît le plus fréquemment atteint, deux fois sur trois. Dans les quatre cas qui restent, le siége du cancroïde a été sur les parois de la poitrine, à l'épigastre, dans la région pubienne et sur le dos.

Dans tous ces cas, la structure a été telle que nous l'avons décrite, se composant de papilles hypertrophiées, libres ou réunies par groupes, et offrant, surtout dans cette dernière circonstance, l'aspect verruqueux, tandis que l'ulcère lui-même était généralement plus lisse, recouvert de concrétions purulentes, au-dessous desquelles il y avait ou des petites papilles très vasculaires, comme à la lèvre inférieure, ou des bourgeons charnus très vasculaires et fibro-plastiques. Dans un des cas du cancroïde du talon, le mal, qui avait été plusieurs fois incomplétement enlevé par les caustiques, avait toujours repullulé et avait envahi de dehors en dedans le calcanéum, qui était ainsi

infecté de tissu épidermique de la même façon que nous l'avons vu pour le maxillaire inférieur dans le cancroïde de la lèvre. Nous avons une fois observé sur le dos du pied une tumeur cancroïde qui offrait des caractères curieux et à laquelle nous avions donné, dans nos notes, le nom de cancroïde fugace. C'était le cas d'une femme qui, depuis trente-trois ans, avait eu successivement un grand nombre de ces tumeurs aux membres inférieurs : elles débutaient par une éminence verruqueuse, et qui, après avoir grossi rapidement pendant trois à quatre mois, se flétrissait, disparaissait peu à peu et laissait une cicatrice ridée à la peau. Nous avons pu suivre, chez cette malade, une de ces tumeurs qui existait au dos du pied. Saillante et muriforme, et occupant avec sa base un espace de la grandeur d'une pièce de 5 francs, elle paraissait être de celles que le bistouri seul peut faire disparaître ; mais quel ne fut pas notre étonnement lorsque nous vîmes un cercle éliminatoire se former autour de sa base, tandis que toutes les saillies du milieu se flétrissaient. Le tissu de la tumeur disparaissait ainsi peu à peu, tandis que le cercle ulcéreux s'agrandissait pour se cicatriser à son tour par la suite.

Parmi les quatre tumeurs du tronc, c'était surtout celle du pubis qui était curieuse par son étendue et par sa tendance végétante. Il y en avait une enfin qui avait son siége au dos, dans laquelle le travail hypertrophique occupait plutôt la portion fibreuse du derme, tout en offrant cela de fort remarquable, que les glandes sudoripares y étaient extrêmement développées et faisaient voir dans leur intérieur de fort belles expansions épithéliales composées de cellules de $0^{mm},01$ avec un noyau de $0^{mm},005$.

Dans toutes ces observations nous avons constaté l'absence de tout engorgement glandulaire. L'amputation a été plusieurs fois pratiquée avec un plein succès pour ces cancroïdes des membres. Un des malades a succombé deux mois après l'opération, et

l'autopsie nous a permis de constater ici encore l'absence complète de toute généralisation du mal local.

La marche, dans les dix observations, a été lente, et plusieurs fois elle n'est devenue plus rapide et plus grave que par suite d'une irritation locale. C'est ainsi qu'une des tumeurs de la main a pris un mauvais caractère, parce que l'individu qui la portait a voulu la couper avec un rasoir. La tumeur du pubis dont nous avons parlé avait suivi pendant six ans une marche tout à fait lente, tandis qu'elle s'était accrue très considérablement dans l'espace de peu de mois, depuis que la malade, qui était domestique, avait été obligée de frotter des carreaux. Chez tous nos malades, la santé générale était restée intacte, le teint normal et l'embonpoint dans toute son intégrité. La durée n'a été qu'une seule fois d'un à deux ans ; dans les sept autres cas où elle a pu être notée avec précision, elle a varié entre quatre et trente-trois ans. Voici le tableau :

1 à 2 ans.	1
4 à 5 »	1
6 à 7 »	1
12 »	2
14 »	1
20 »	1
33 »	1
	8

L'âge de ces malades était généralement avancé. L'âge moyen a été de 60 7/8, et il paraît que le cancroïde de la main se montre plus particulièrement dans la vieillesse avancée ; l'âge de nos trois malades a été de 70, 72 et 73 ans. Voici le tableau de l'âge noté dans huit cas :

30 à 35 ans.	1
40 à 45 »	1
55 à 60 »	2
65 à 70 »	1
70 à 75 »	2
83 »	1
	8

Le sexe a été noté huit fois; sur ce nombre il y avait trois hommes et cinq femmes.

Nous n'avons rien à ajouter pour le traitement. Les règles générales indiquées plus haut s'appliquent en tout point ici ; il faut seulement ajouter que le cancroïde de la main et du pied offre des chances d'autant plus sûres de guérison radicale que, lors même qu'il est très étendu, l'amputation permet toujours de l'enlever en totalité et de prévenir toute possibilité de rechute.

II. Tumeurs épithéliales des membranes muqueuses.

La connaissance exacte des affections cancroïdes des membranes muqueuses est d'autant plus essentielle, qu'elle permet d'espérer de diminuer un jour le nombre de ces maladies, surtout localisées à la langue et au col utérin, vu que ces affections ne sont pas liées à un vice constitutionnel qui tend à infecter l'économie tout entière comme le fait le véritable cancer.

A la langue, aussi bien qu'au col utérin, on peut distinguer pour le cancroïde la forme végétante et l'ulcère rongeant non cancéreux. Dans l'un et l'autre organe, et à la langue plus encore qu'à l'utérus, les portions musculaires profondes peuvent être infectées d'épiderme. Le cancroïde de la langue enfin peut, comme le prouve le fait déjà cité de Bennett, infecter les glandes lymphatiques de la région sous-linguale et sous-maxillaire. Dans toutes ces régions on reconnaît, à ne pas en douter, l'épiderme ou l'épithélium comme principal élément de toutes ces affections.

Si dans le cancroïde de la peau on peut, dans la majorité des cas, ramener l'ulcère à un début par un bouton chancreux, ou au moins à une plaque saillante, d'abord hypertrophiée et plus tard enflammée, avant que le travail ulcéreux prenne complé-

tement le dessus, il n'en est plus de même pour les cancroïdes des membranes muqueuses. Pour le col utérin, nous sommes obligé d'admettre l'ulcère rongeant d'emblée comme une des variétés du cancroïde. Cette nécessité est bien plus impérieuse encore pour l'ulcère chronique si fréquent dans l'estomac et pas trop rarement observé dans le duodénum, le côlon et le rectum, ulcère cancroïde dépourvu de toute base carcinomateuse, et que l'on confond encore généralement aujourd'hui avec le cancer de ces diverses portions des organes de la digestion.

Nous devons supposer que les tumeurs épithéliales se rencontrent quelquefois sur les membranes séreuses, partout, en un mot, où l'on trouve à l'état normal de l'épithélium. Ce qui nous fait énoncer cette supposition, c'est que nous avons rencontré une fois à la face interne du feuillet arachnoïdien qui tapisse la dure-mère plusieurs petites tumeurs du volume d'un petit pois, molles et jaunâtres, tout entièrement composées de cellules épithéliales.

Le kéloïde.

Cette affection, qui, depuis le commencement de ce siècle, a fait le sujet de nombreuses recherches, ne peut pas être passée sous silence, lorsqu'on parle des cancroïdes de la peau, et déterminer rigoureusement les rapports qui existent entre les deux affections, c'est fixer à la fois sa nature anatomique et pathologique.

Nous savons que le kéloïde est constitué par une ou plusieurs tumeurs saillantes, qui naissent dans l'épaisseur de la peau soit du tronc, soit des membres, et peuvent se développer spontanément ou prendre leur origine dans les cicatrices. C'est cette disposition de naître dans les cicatrices qui fait que, lors même que le kéloïde est survenu, dans le principe, d'une manièr

spontanée, il se reproduit avec une étonnante facilité dans la cicatrice même qui a succédé à son extirpation.

Malgré la multiplicité locale de sa formation, malgré sa tendance aux récidives, il n'est pas venu à l'esprit des chirurgiens d'identifier cette affection avec le cancer, et ils ont ainsi fait l'aveu tacite que la récidive locale n'impliquait nullement la nécessité de regarder le mal comme cancéreux.

Pour notre compte, nous trouvons dans le kéloïde un anneau de la chaîne qui relie entre elles les diverses formes de cancroïde.

A l'examen anatomique nous n'y trouvons d'autres éléments que ceux du derme à l'état hypertrophique. Le tissu dense et blanchâtre qui les compose n'offre point de vestige de cellules cancéreuses, et il est tout entièrement formé par un mélange intime d'éléments fibreux et fibro-plastiques à tous les degrés de développement. Le suc qu'on en exprime est transparent et ne montre également que des cellules, des noyaux et des corps fusiformes propres à ce même tissu. La substance amorphe unissante et le suc sont quelquefois plus abondants et donnent alors à ces tumeurs un aspect comme gélatiniforme et fibro-colloïde. Nous avons vu prendre des tumeurs de ce genre pour du cancer colloïde. Lorsque le mal se reproduit après l'opération, il offre les mêmes caractères histologiques que celui qui a été primitivement enlevé.

Parmi les cas de kéloïde spontané et multiple que nous avons observés, il y en a eu deux surtout qui sont curieux par la multiplicité et l'étendue des productions. Dans l'un, observé chez M. Velpeau, à la Charité, toute la région pectorale d'un côté était couverte de ces tumeurs dont plusieurs étaient assez volumineuses pour avoir rougi et érodé la surface de la peau à leur niveau. Dans le second cas, un enfant de dix ans et demi portait sur le dos de très nombreuses tumeurs kéloïdes, rouges à la sur-

face, qui s'étaient développées dans des cicatrices consécutives à de nombreuses applications de potasse caustique qu'un charlatan avait fait subir à ce pauvre enfant, en promettant à ses parents de le guérir, par cette méthode, d'une maladie scrofuleuse dont il était atteint.

Nous ne nous occuperons pas ici des moyens qui seraient les plus appropriés pour empêcher les récidives du kéloïde après l'extirpation, sujet étranger au travail actuel. Nous tenions seulement à faire ressortir que ses caractères anatomiques et sa marche pathologique viennent pleinement confirmer nos doctrines générales sur les maladies cancroïdes.

Résumé.

1° Le cancer de la peau peut se montrer sur toutes les régions de la surface du corps. Il se localise de préférence à la face et aux organes externes de la génération, ainsi que sur les téguments du tronc et des membres. Sur vingt cas, il y en eut onze à la figure, dont neuf aux lèvres, quatre à la verge, trois à la vulve, un à l'épigastre et un à la jambe.

2° La forme du cancer y est ordinairement intermédiaire entre le squirrhe et l'encéphaloïde. Deux fois nous avons rencontré des tumeurs mixtes, cancéreuses au fond et épidermiques à la surface. Dans un quart des cas le cancer était mélanique, caractère que nous n'avons jamais rencontré dans le cancroïde.

3° Le cancer substitue dans la peau, comme ailleurs, un élément nouveau, un véritable tissu adventitiel à ceux de l'état normal, tandis que dans le cancroïde, au contraire, la peau augmente d'abord de volume et de vascularité, s'enflamme et s'ulcère ensuite; mais rien de nouveau n'y est formé, seulement l'épiderme peut s'y rencontrer dans des parties où il n'existe pas à l'état normal.

4° Le cancer de la peau se compose d'un stroma fibroïde qui renferme dans tous ses interstices une substance molle généralement infiltrée d'un suc trouble et lactescent, teint en noir dans le cancer mélané, et parfois comme coagulé et gélatiniforme. Dans quelques cas de cancer des lèvres les parties épidermiques et papillaires qui le recouvrent, ou les couches glandulaires qu'il renferme et qui se trouvent au-dessous de lui, peuvent subir un travail hypertrophique.

5° Le cancer cutané peut croître sur place par intussusception, ou augmenter par formation de tumeurs multiples partant du siége primitif de la tumeur. Arrivée à un certain volume, la tumeur se congestionne, puis s'érode et ulcère les parties qui larecouvrent. Cet ulcère cancéreux a ordinairement des bords durs et calleux, un fond sanieux et non papillaire, et une base franchement cancéreuse. Le cancer cutané se montre quelquefois sous forme d'un champignon encéphaloïde qui se rapproche des caractères du cancer hématode. Nous avons observé, dans le cancer de la verge, l'infiltration grasse, d'apparence tuberculeuse, que nous avons désignée comme phymatoïde.

6° Le microscope montre dans ces cancers, outre les fibres pâles et élastiques, des cellules cancéreuses des mieux caractérisées, des cellules complètes et surtout des noyaux elliptiques à grands nucléoles. Dans le cancer mélané on trouve l'élément pigmentaire sous forme de granules ou de petits globules, en dehors ou dans l'intérieur des cellules, soit autour, soit dans le noyau. L'infiltration granuleuse et graisseuse, comme partout ailleurs, y est fréquente. Les éléments hématiques, ainsi que les épanchements sanguins, y sont rares.

7° Le cancer cutané a une tendance prononcée à infecter toute l'économie ; infection qui, loin de se borner au siége primitif, se montre dans des points extérieurs et internes éloignés du point de départ, et se distingue en cela bien notablement de

l'infection simplement locale et irradiante qui peut s'observer dans le cancroïde épidermique.

8° Les récidives, après l'opération, ne se bornent pas à une simple reproduction sur place, mais elles ont lieu tout aussi bien dans des organes tout à fait éloignés. L'infection dermatique disséminée précède ordinairement celle des autres organes.

9° Le point de départ histologique du cancer cutané est dans les lames du derme lui-même. De bonne heure il fait saillie à la surface en soulevant l'épiderme à son niveau. Il est surtout facile à reconnaître déjà à l'état tout à fait naissant lorsqu'il est mélané. Ces tumeurs, quoique encore récentes, renferment déjà exactement les mêmes cellules cancéreuses que des tumeurs plus volumineuses et plus anciennes.

10° Le mal local montre au début une trompeuse bénignité, peu de gêne, peu de douleurs, un état général intact. Mais bientôt des douleurs se déclarent, le mal s'étend, d'autres tumeurs apparaissent, des glandes lymphatiques se prennent, des troubles viscéraux divers se manifestent, le malade dépérit, et la mort survient dans un espace de temps qui varie entre six mois et deux ans, quelquefois plus rapide, d'autres fois plus lente.

11° Sur 16 cas, où le sexe a été noté, il y eut 10 hommes et 6 femmes; sur 10 cas de cancer de la face, il y eut 7 hommes et 3 femmes. L'âge où ce mal se montre surtout est entre 40 et 75 ans. Il est beaucoup plus rare chez de jeunes sujets. L'âge de la plus grande fréquence est entre 55 et 65 ans; l'âge moyen de nos observations est de 57 et 7/16.

12° La cause de ce mal nous est entièrement inconnue. Son pronostic est toujours fâcheux, le plus pour le cancer mélané qui est doué de la plus grande tendance à se généraliser.

13° Le cancroïde épidermique est, de sa structure, une production essentiellement homœomorphe, c'est-à-dire une maladie

d'un tissu normal, et non une substitution d'un produit nouveau, comme c'est le cas pour le tubercule et le cancer. On ne saurait jamais assez insister sur cette différence capitale.

14° Par rapport au siége, nous distinguons trois formes de cancroïde épidermique : celui de la surface, celui de la couche papillaire et celui qui tend à se propager au derme et aux parties profondes ; ce sont donc les cancroïdes épidermique, papillaire et dermo-épidermique.

15° On trouve tous les passages entre les excroissances épidermiques d'une bénignité incontestable, telles que les simples verrues, par exemple, et les cancroïdes de la plus mauvaise apparence.

16° Les verrues ne sont autre chose qu'une augmentation de volume d'un groupe de papilles entourées d'une enveloppe épidermique commune. Leur parfaite innocuité s'explique par leur vascularité exiguë en proportion. Le cancroïde débute souvent aussi par une petite tumeur verruqueuse, mais celle-ci montre d'emblée une circulation plus active, une vascularité bien plus prononcée, et de la tendance à une hypertrophie beaucoup plus diffuse des papilles dans le voisinage de la tumeur primitive.

17° Lorsque la couche imbriquée d'épiderme est le siége de l'hypertrophie, elle peut acquérir une épaisseur de 5 ou 6 millimètres et au delà, et en même temps les papilles sous-jacentes se gonflent et s'hypérémient. Les papilles, lorsqu'elles sont le principal siége du cancroïde, augmentent notablement de volume et de coloration, et donnent, lorsque l'épiderme est enlevé, à toute la production morbide un aspect grenu et framboisé, tandis que celui-ci est plutôt verruqueux et mûriforme, lorsque l'épiderme les recouvre encore en partie.

18° L'épiderme, infiltré dans le tissu même du derme, lui donne un aspect jaune pâle, légèrement luisant et terne par places, peu élastique, plutôt fragile et facile à écraser, et, en

comprimant ce tissu, on n'en fait point sortir ni suc ni grumeaux, mais bien plutôt une substance blanchâtre sèche, ayant la consistance d'une pâte molle, et se délayant dans l'eau sous forme feuilletée, au lieu de s'émulsionner avec elle comme le suc du cancer.

19° Que l'on prenne la couche épidermique superficielle, les cônes cylindriques des papilles, le tissu jaunâtre qui infiltre le derme, on y trouve partout, au microscope, les mêmes éléments épidermiques. Ce sont de jeunes cellules à petits noyaux qui sont entourés souvent d'une zone transparente, puis des cellules plus développées dont le noyau peut offrir parfois de la ressemblance avec celui du cancer, puis des cellules qui commencent à s'altérer, soit en se desséchant et se plissant, soit en s'infiltrant de matières graisseuses tantôt granuleuses, tantôt confluentes.

20° Il existe dans ces tumeurs un autre élément particulier, celui que nous avons désigné sous le nom de globes épidermiques : ce sont des corps de 1/20 à 1/10 de millimètre et au delà, arrondis ou ovoïdes, et constitués par un tassement concentrique de feuillets très nombreux d'épiderme, qui, vus de champ, à la périphérie, offrent une apparence fibreuse, tandis que vers le centre il est plus aisé de reconnaître la nature cellulaire et épidermique de ces feuillets. Nous avons rencontré ces globes épidermoïdaux partout où le cancroïde épidermique s'était montré primitivement ou par propagation irradiante, même dans les glandes lymphatiques.

21° Le cancroïde épidermique a une tendance prononcée à s'ulcérer à la surface. Il se recouvre alors d'une croûte sèche, composée de pus, d'épiderme et de matières sébacées ; croûte quelquefois si dense qu'elle prend l'apparence d'une corne. Le pus sécrété par l'ulcère renferme également de nombreux feuillets d'épiderme et souvent des infusoires, soit des vibrions, soit des polygastriques.

22° L'épiderme, qui, de sa nature même, n'est qu'un simple produit blastématique et cellulaire, et non un véritable tissu, peut se propager par irradiation autour du cancroïde primitif. C'est ainsi que nous l'avons vu atteindre les muscles, les os, les glandes lymphatiques en rapport anatomique direct avec la partie malade de la peau, et une fois les corps caverneux dans un cancroïde de la verge.

23° Cette infection que nous venons de signaler, et que nous avons décrite avec beaucoup de détails, est cependant tout à fait locale; elle se fait par simple propagation, partant des tissus superficiels vers les tissus profonds et ne dépassant pas la zone des ganglions lymphatiques les plus rapprochés. Jamais nous n'avons vu d'infection générale de l'économie dans les endroits éloignés du point de départ, comme dans le vrai cancer, et nous avons cité, à l'appui de nos doctrines, le résultat de dix-huit autopsies faites avec soin.

24° Les récidives du cancroïde n'ont pas lieu ailleurs non plus que dans le proche voisinage de la portion primitivement malade de la peau, ou dans les glandes lymphatiques voisines déjà préalablement infectées d'épiderme. La récidive y est donc plutôt une continuation du mal primitif, qu'une reproduction diathésique et constitutionnelle.

25° L'infection épidermique des glandes peut se faire par le transport direct de l'épiderme au moyen de vaisseaux lymphatiques, larges, courts et sans valvules, transport dont la possibilité est constatée par l'observation directe de M. Follin, qui a retrouvé les parcelles colorantes bleues et rouges employées pour le tatouage dans les glandes lymphatiques voisines. Il serait possible aussi que le blastème épidermique fût absorbé par endosmose et transporté ainsi dans les ganglions où la formation cellulaire aurait seulement lieu après.

26° On peut distinguer trois périodes dans l'infiltration épi-

dermique des glandes lymphatiques. Dans la première, une substance molle, en partie liquide, jaunâtre et grumeleuse, est déposée au milieu du tissu de la glande. Dans la seconde période, cette substance, plus abondante, est devenue plus compacte, plus sèche, d'un jaune pâle ressemblant à de la matière tuberculeuse. Dans une troisième période, enfin, le tissu glandulaire autour de cette substance étrangère qui ne se vascularise guère, s'enflamme, un abcès se forme et un ulcère creux, et de plus en plus étendu, s'établit et continue à sécréter de l'épiderme au milieu de la sanie qui le recouvre. Dans tous ces états, et même dans cette période ultime, les feuillets épidermiques offrent toujours un aspect différent de celui de la cellule cancéreuse.

27° Nous n'avons jamais vu les ulcères cancroïdes les plus graves et les plus étendus s'infiltrer de matière cancéreuse par suite de leurs progrès locaux. Ainsi le cancroïde ne dégénère pas plus que d'autres produits morbides.

28° Nos notions chimiques sur le cancroïde sont encore trop incomplètes pour en inférer quoi que ce soit sur sa nature. L'acide acétique rend cette substance transparente ; l'acide nitrique la fait jaunir ; la solution de nitrate de mercure lui donne une teinte orange ; la potasse la gélatinise et la dissout en faisant disparaître les noyaux avant les parois cellulaires. L'acide acétique trouble cette solution, les acides minéraux concentrés racornissent cette substance sans la dissoudre. L'alcool en extrait une substance qui se précipite par la potasse. Cet extrait alcoolique, mêlé avec une solution de chlorure de zinc, donne lieu à des formations d'apparence fibreuse et celluleuse variées et fort remarquables.

29° Nous avons observé plusieurs fois la chute spontanée, mais toujours partielle, de cancroïdes fort étendus de la verge, et nous possédons une observation dans laquelle, depuis un

grand nombre d'années, des tumeurs offrant toutes les apparences du cancroïde paraissaient de temps en temps, pour se flétrir après quelques mois de durée et après s'être ulcérées chaque fois au pourtour, et il n'en restait à la fin qu'une cicatrice blanche et peu saillante.

30° Le cancroïde cutané qui débute tantôt par une petite tumeur verruqueuse, tantôt par une crevasse superficielle, est accompagné de peu de douleurs pendant sa première période d'accroissement. Il doit faire craindre une extension d'autant plus fâcheuse qu'il est plus diffus dans son développement. La tumeur verruqueuse peut atteindre jusqu'au volume d'une noix avant de s'ulcérer, elle présente alors toujours une surface inégale et comme mûriforme.

31° Dans la seconde période où l'accroissement de la tumeur s'accompagne d'une hypérémie inflammatoire et qui amène bientôt l'ulcération, les douleurs sont plus vives et plus fréquentes. L'ulcère prend surtout le caractère rongeant à la face, tandis qu'il n'est que serpigineux sur une base végétante et hypertrophiée dans le cancroïde des organes génitaux externes. A la lèvre inférieure on observe l'une et l'autre forme d'ulcération. Le cancroïde du dos de la main offre des bords verruqueux et végétants, tandis que le fond de l'ulcère tend à ronger en profondeur.

32° L'extension de l'ulcération, ainsi que la nature sanieuse et l'abondance de la suppuration, peuvent amener un dépérissement lent et graduel, et peuvent entraîner la mort plus rapidement, lorsque, siégeant à la lèvre inférieure, elles opposent un obstacle à l'alimentation.

33° La durée moyenne, d'après toutes nos observations sur les cancroïdes, a été de 6 ans 1/2. Elle a beaucoup varié selon les régions atteintes ; elle a été de 3 ans 2/5 pour la lèvre inférieure ; de 3 ans 2/3 pour la verge ; de 8 ans 43/48 pour le tronc

et les membres; de 9 ans 1/6 pour celui de la vulve, et de 9 ans 7/12 pour le cancroïde du visage, la lèvre inférieure exceptée.

34° Pris en totalité, le cancroïde n'offre pas une différence notable par rapport aux sexes; sur 61 cas, nous avons 31 hommes et 30 femmes. Nous trouvons cependant une différence plus prononcée pour les deux régions principales de la face. C'est ainsi que le cancroïde de la lèvre inférieure est beaucoup plus fréquent chez les hommes : 15 fois sur 18; tandis que celui du reste de la face se rencontre bien plus fréquemment chez les femmes : 18 fois sur 22. Le cancroïde de la verge est un peu plus fréquent que celui de la vulve.

35° L'âge de la plus grande fréquence a été entre quarante et cinquante en moyenne. Il n'y a que l'ulcère chancreux de la face qui se montre plus souvent dans la vieillesse proprement dite.

36° Nos notions sont bien incomplètes sur les causes du cancroïde. Nous savons seulement que le phimosis prédispose à celui de la verge, et que l'usage des pipes très courtes peut contribuer à la production de celui de la lèvre inférieure. Il faut admettre toutefois une prédisposition spéciale pour le développement du cancroïde en général.

37° Le pronostic est meilleur pour le cancroïde que pour le cancer, quoique loin d'être celui d'une affection bénigne. Le cancer de la face a la marche la plus lente, surtout lorsque les surfaces muqueuses ne sont pas encore atteintes. Celui de la lèvre inférieure et de la verge offre le pronostic le moins favorable, tant à cause de la disposition aux récidives sur place que par suite de la tendance à se propager jusqu'aux ganglions lymphatiques voisins.

38° Dans l'état actuel de la science la curabilité du cancroïde est incontestable, et nous possédons nous-même, sur ce point,

des faits tout à fait probants ; mais, d'un autre côté, il faut convenir que cette affection arrive encore trop souvent aujourd'hui à une grande extension et à l'incurabilité, pour ne pas regarder généralement son pronostic comme grave. Le témoignage des plus grands praticiens vient à l'appui des différences que nous établissons entre le pronostic du cancroïde et celui du véritable cancer.

39° Le traitement du cancroïde doit être principalement local ; opérer de bonne heure : *détruire ou ne pas y toucher*, voilà la principale indication. Il est nécessaire d'opérer au milieu des parties saines, tant en circonférence qu'en profondeur, pour enlever toujours bien au delà des portions malades. En thèse générale, le bistouri est préférable aux caustiques. Ceux-ci doivent surtout être employés dans l'ulcère rongeant de la face, tant qu'il n'a pas atteint de trop grandes dimensions. L'arsenic est dans ce cas le caustique par excellence. Nous donnons la préférence à la pâte de Manec. Il est bon de ne l'appliquer à la fois que sur une étendue de 10 à 15 millimètres carrés, mais d'y revenir avec persévérance jusqu'à destruction. Il faut être prévenu des vives douleurs et de l'inflammation érysipélatoïde qu'excite ce traitement, mais cette vive réaction locale est une des conditions de son action modificatrice sur les tissus.

40° La combinaison de l'excision et du traitement par les caustiques peut amener des résultats que l'on obtiendrait difficilement par l'une ou l'autre de ces méthodes employées isolément. Les caustiques succédanés de l'arsenic, auxquels on peut avoir recours, sont les acides minéraux solidifiés, la pâte de Vienne solidifiée par Filhos, et le chlorure de zinc, d'après la méthode de Canquoin. Quant aux caustiques faibles, leur usage doit être proscrit dans le traitement du cancroïde.

41° Lorsque le mal est trop étendu pour pouvoir faire espérer une guérison, il ne reste que le traitement palliatif, se compo-

sant de pansements méthodiques, d'une hygiène bien ordonnée et de calmants, surtout opiacés, lorsque l'intensité des souffrances réclame leur emploi.

42° Le cancroïde de la lèvre inférieure se montre tantôt sous forme d'hypertrophie épidermique superficielle, tantôt, et c'est le cas le plus fréquent, comme affection des papilles. C'est de là qu'il peut s'étendre aux lames profondes du derme, et alors nous l'avons vu atteindre les parties profondes : trois fois les muscles, trois fois l'os maxillaire inférieur, et deux fois les ganglions sous-linguaux et sous-maxillaires.

43° Dans sept autopsies nous avons reconnu l'intégrité des organes intérieurs et de toutes les parties de l'organisme en dehors de la zone anatomique de la région labiale.

44° C'est à la lèvre inférieure que nous avons pu constater l'effet fâcheux d'une irritation locale, d'abord comme cause prédisposante, l'usage des pipes courtes, et comme causes aggravantes les attouchements fréquents des malades qui se grattaient et qui arrachaient les croûtes, ainsi que l'irritation plus fâcheuse encore produite par l'usage incomplet des caustiques.

45° La tendance envahissante du cancroïde de la lèvre fait qu'il persiste souvent en germe autour de la partie qui est le siége de son développement complet. Aussi les récidives fréquentes sont-elles plus souvent la continuation du mal primitif qu'une vraie récidive. Lorsque l'ulcère est devenu incurable par sa grande étendue, l'écoulement continuel de salive, ainsi que la difficulté apportée à la mastication et à la déglutition, favorisent le dépérissement et accélèrent la terminaison fâcheuse.

46° Nous avons vu que la durée moyenne était de 3 ans 2/5. L'opération est devenue nécessaire, dans nos observations, dans un laps de temps qui a varié entre 6 mois et 3 ans après le début, quelquefois au bout d'un temps beaucoup plus long. Il en est de même pour les récidives. Nous avons observé cepen-

dant des guérisons tout à fait durables après une ou plusieurs opérations. L'âge moyen de nos malades a été de 45 ans et 6/7.

47° Le cancroïde de la lèvre inférieure doit être opéré très largement. Il est bon de ne pas se tenir trop exclusivement à l'excision classique en forme de V. Il ne faut pas reculer devant l'amputation d'une partie du maxillaire et enlever surtout tous les ganglions engorgés. Quant au cancroïde superficiel et ulcéré, on pourrait de nouveau expérimenter l'arsenic comme caustique, pourvu que l'application n'approchât pas du bord libre des lèvres. Il est important de prévenir tous les malades opérés d'un cancroïde de la lèvre inférieure, que leur vie dépend de l'opération prompte et complète d'une récidive, dès qu'elle se serait manifestée.

48° Le cancroïde de la face se montre bien plus souvent sur le nez et les paupières que dans les autres régions. Sur la joue il offre de préférence la forme papillaire et épidermique. Sur la paupière son aspect est également papillaire, mais nous avons trouvé ces papilles composées d'éléments fusiformes ressemblant beaucoup à ceux du tissu fibro-plastique. C'est au nez principalement que l'on observe l'ulcère rongeant de la face. Partout le début de la maladie se caractérise par l'apparition d'une saillie ou d'une tumeur verruqueuse. Il y a d'abord excoriation, puis une ulcération qui peut atteindre une grande étendue sans amener beaucoup de douleurs et sans compromettre sensiblement la santé générale.

49° Sa marche est très lente, et des faits non douteux attestent qu'il est susceptible d'une guérison complète et durable. La durée moyenne a été de 9 ans 7/12 ; 14 fois sur 18 elle a été au delà de 3 ans, et 10 fois sur ces 14 cas au delà de 10 ans. L'âge noté chez 21 malades a été, dans la moitié des cas, au-dessus de 65 ; l'âge moyen, de 62 ans et 10/17. En défalquant 10 ans, on arrive à la période moyenne du début.

50° Il est très important d'attaquer ces cancroïdes énergiquement par des excisions complètes, par des applications arsenicales profondes et répétées, par la combinaison enfin des deux méthodes, selon les circonstances.

51° Le cancroïde du pénis débute le plus souvent par la face interne du prépuce ou par le bord du gland. Nous l'avons observé une fois tout le long de la surface externe de la verge. Il offre ordinairement l'aspect végétant et framboisé. Il se compose principalement de papilles hypertrophiées et d'épiderme, et il est surtout fréquent chez des individus atteints d'un phimosis congénial. L'orifice de l'urètre est habituellement caché par ces végétations, et quelquefois à tel point, qu'il en résulte des fistules urinaires.

52° L'ulcération qui survient dans la seconde période est le plus souvent serpigineuse. Nous l'avons vue une fois compliquée d'un chancre phagédénique. Le mal peut se propager aux corps caverneux et atteindre, par l'intermédiaire des lymphatiques, les ganglions de l'aine, qui, à leur tour, s'ulcèrent et deviennent de véritables foyers putrides. Cependant, s'il ne s'agit que d'un cancroïde, le mal ne dépasse pas la région inguinale, et l'on constate dans les autopsies l'absence de toute infection générale de l'économie.

53° Nous avons vu la durée varier entre quinze mois et dix ans. Il peut se développer plus tôt que les autres cancroïdes, et trois fois sur neuf nous l'avons observé avant quarante ans. Il n'est susceptible de guérison que lorsqu'il est opéré très largement et de bonne heure. Malheureusement l'existence du phimosis le cache pendant bien longtemps, et comme, à part quelques démangeaisons, les malades ne souffrent pas beaucoup pendant les premiers temps, ils ne viennent souvent réclamer les secours de l'art que lorsque la maladie est déjà passablement avancée.

54° Le cancer des ramoneurs des auteurs anglais ne paraît être, dans la majorité des cas, qu'un cancroïde épidermique, quelquefois peut-être un véritable cancer. Il commence par une verrue qui, plus tard, s'ulcère et produit de vastes pertes de substance. De l'aveu des auteurs anglais, il est guérissable lorsqu'il est opéré de bonne heure et largement. L'action irritante de la suie comme élément étiologique nous paraît fort douteuse. Abandonné à lui-même, ou incomplétement traité, il amène le dépérissement et la mort.

55° Le cancroïde de la vulve est le plus souvent végétant et hypertrophique, plus rarement rongeant, débutant par les grandes ou les petites lèvres, il s'étend à toute la région vulvo-anale. On y constate, comme principal élément, l'hypertrophie verruqueuse de l'épiderme, du derme et des papilles, plus tard sa surface devient très vasculaire, s'érode et s'ulcère. Lorsqu'il a atteint le pourtour de l'anus, il peut provoquer par suite de la propagation de l'inflammation, une colite, une péritonite ou un phlegmon du petit bassin. On a bien souvent à tort assimilé cette maladie avec les affections syphilitiques.

56° Sa marche est lente, de 3, de 6, de 10 et de 20 ans de durée. Il est plus fréquent dans la première moitié de la vie que dans la seconde. Son pronostic est fort grave et sa terminaison fâcheuse, si l'on n'enlève pas de bonne heure toutes les portions malades avec leur base. Un traitement intérieur antiscrofuleux est de rigueur, s'il existe quelque complication strumeuse : il en est de même pour la complication syphilitique.

57° Le cancroïde des membres a une prédilection pour le dos de la main et le talon. Nous l'avons vu une fois atteindre jusqu'à la substance du calcanéum. Dans un cas de cancroïde du tronc nous avons trouvé tout un nid de glandes sudoripares hypertrophiées. L'analyse de 10 cas de cancroïde du tronc et des membres nous a démontré aussi la prédilection pour la vieillesse ;

l'âge moyen a été de 60 ans et 7/8. Nos trois cas de cancroïde du dos de la main se rencontraient tous chez des personnes qui avaient au delà de soixante-dix ans, et leur début remontait à quatre ou cinq ans auparavant.

58° Le cancroïde se montre aussi à la surface des membranes muqueuses. Nous l'avons observé sur le col utérin et à la surface de la langue, tantôt sous la forme épidermique végétante, tantôt sous celle d'ulcère rongeant, ou dans la combinaison de ces deux formes. L'ulcère rongeant cancroïde n'est pas très rare dans le tube digestif, beaucoup plus fréquent dans l'estomac que dans ses autres portions, ou il se rencontre quelquefois dans le duodénum, le cœcum, le côlon et le rectum. Dans tous ces endroits cette maladie est souvent confondue avec le cancer.

59° Nous avons observé une fois des tumeurs épithéliales à la surface de l'arachnoïde. M. Robin en a observé à la surface interne des veines chez le cheval.

60° Le kéloïde offre quelques rapports avec le cancroïde et montre surtout une tendance prononcée aux récidives locales après l'opération. Dans tous les cas observés par nous sa structure a été fibreuse et fibro-plastique ; nous n'avons point trouvé, sous le rapport histologique, des différences entre le kéloïde spontané et le kéloïde cicatriciel.

RÉSECTION
DU
MAXILLAIRE SUPÉRIEUR
AVEC CONSERVATION DE LA VOUTE PALATINE
ET DU REBORD ALVÉOLAIRE.

EXTRACTION D'UNE TUMEUR OSSEUSE VOLUMINEUSE
DÉVELOPPÉE DANS LE SINUS MAXILLAIRE.

Par M. MICHON,
Chirurgien de l'hôpital de la Pitié, etc.

Drouot, âgé de dix-neuf ans, cultivateur, demeurant à Commercy, département de Saône-et-Loire, fut reçu le 18 novembre 1849 à l'hôpital de la Pitié, et couché salle Saint-Louis n° 29. Ce jeune homme est blond, d'une taille moyenne, d'une bonne constitution, quoique d'un tempérament un peu lymphatique. Tous ses organes paraissent bien développés, et ce développement est en rapport avec son âge.

Il ne présente sur tout le corps ni courbures, ni déviations, ni tumeurs anormales.

Mais du côté de la figure une difformité très appréciable frappe immédiatement les regards. Cette difformité, qui siége surtout à droite, lui donne un aspect particulier qui rappelle assez la physionomie d'un batracien. Elle est produite par une tumeur considérable que je vais décrire tout à l'heure et pour laquelle le malade s'est décidé à faire le voyage de Paris.

Interrogé sur ses antécédents, il ne connaît dans sa famille personne qui ait été atteint d'affections qui puissent faire supposer une influence héréditaire. Il a toujours joui d'une santé

parfaite; occupé des travaux de la campagne, sa vie a été jusqu'à présent calme et uniforme. Il n'a jamais eu la moindre affection vénérienne. Un coup, à ce qu'il croit, aurait précédé l'apparition de sa maladie; mais cette cause, si c'en est une, aurait été peu appréciable pour le malade lui-même, dont les souvenirs à ce sujet sont au moins bien confus.

Il y a trois ans environ que le malade remarqua pour la première fois, du côté droit de la face, une tuméfaction à peu près indolente et dont il fut surtout averti par un léger sentiment de gêne dans les mouvements de l'œil.

Les premiers progrès du mal furent très lents. Cependant au bout de quelques mois la saillie extérieure était assez manifeste. Ce n'est qu'au bout d'un an toutefois que le malade, plus inquiet de la difformité que de la douleur très légère qui l'accompagnait, se décida à voir des médecins.

Les premiers qu'il consulta crurent à l'existence d'une nécrose avec ostéite, et prescrivirent des pommades fondantes.

Ces premiers moyens de traitement n'eurent aucun résultat favorable. Non seulement la tumeur ne diminua pas, mais elle s'accrut sensiblement. L'œil commença à être soulevé, repoussé en haut et en avant; l'écoulement des larmes devint continu, et le malade, enfin, commençant à éprouver des craintes sérieuses, entreprit le voyage de Lyon.

Là, nous a-t-il dit, il a été examiné par nos honorables et habiles confrères, M. M. Bonnet, Pétrequin, Bouchacourt. Ces messieurs pensèrent qu'il ne fallait faire aucune opération, conseillèrent quelques palliatifs et renvoyèrent le malade dans son pays.

Après quelques mois passés chez lui, il reçut de nouveau les avis de plusieurs de nos confrères de Charolles et d'Autun qui l'engagèrent à venir à Paris, et voulurent bien me l'adresser.

La joue droite présente une tuméfaction considérable sans

changement de couleur à la peau, si ce n'est qu'il existe un peu d'érythème dans la largeur d'une pièce de 2 francs au-dessous de l'angle interne de l'œil, par suite de la présence anormale et considérable des larmes sur la joue.

Dans ce même point, à 1 centimètre et demi au-dessous de la commissure interne des paupières, existe un point fistuleux par lequel s'échappe, surtout par la pression, une certaine quantité de muco-pus mêlé de larmes. Dans toute son étendue la tumeur présente une consistance uniforme qui est celle du squelette sous les téguments. Ceux-ci semblent seulement un peu épaissis.

La paroi supérieure du sinus maxillaire, ou le plancher de l'orbite est refoulé en haut; et de concave qu'il est normalement, il est devenu convexe. Le bord inférieur de l'orbite a aussi perdu sa courbure concave. Une ligne tirée de ce bord à la dent canine présente un excédant de 2 centimètres sur la même ligne prise du côté opposé.

Il résulte de cette disposition que l'œil a été poussé en haut.

D'autre part, si l'on considère l'apophyse montante de l'os maxillaire du côté droit, il est facile de constater qu'elle est beaucoup plus large que celle du côté opposé, ce qui fait que l'œil, poussé en haut, comme nous l'avons dit précédemment, se trouve également refoulé en dehors, et que l'orbite, étant ainsi diminué dans deux de ses diamètres, présente un rétrécissement dans sa capacité générale qui énuclée pour ainsi dire l'œil et l'entraîne en avant. Cette propulsion de l'œil en avant, mesurée d'une manière approximative, est de 1 centimètre et demi environ, et la position définitive qu'il occupe est en haut, en dehors et en avant. L'œil, du reste, est sain. Il présente toutefois un peu de rougeur au niveau de la conjonctive; la vision n'est pas altérée, seulement la déviation qui résulte du déplacement de l'œil entraîne un état permanent de diplopie.

La joue du côté malade offre beaucoup plus d'étendue que la joue gauche. Ces plus grandes dimensions sont dues : 1° à la saillie en avant que présente la tumeur, et qui fait que le nez, de ce côté, est comme aplati et confondu en partie avec la joue elle-même ; 2° à l'accroissement du diamètre vertical que nous avons déjà signalé ; 3° à l'accroissement du diamètre transversal. Si l'on mesure, en effet, la distance qui sépare la ligne médiane du nez du conduit auditif de chaque côté, on constate qu'elle offre 2 centimètres et demi en plus du côté malade.

De même que l'accroissement du diamètre vertical a agi sur l'œil en le repoussant en haut, l'accroissement du diamètre transversal agit sur le nez en le repoussant en dedans. Il existe en effet une déviation très marquée de cet organe vers le côté sain.

On conçoit très bien que ce développement excentrique des parties contenues entre l'œil et le nez, qui repousse l'un en haut et l'autre en dedans, a pu embrasser la lésion de certains organes placés sur la limite des deux, comprimer par exemple le canal nasal, l'oblitérer peut-être, et amener la fistule lacrymale dont nous avons retrouvé tous les symptômes à l'angle interne de l'œil.

De même que le nez est repoussé en dedans, l'os de la pommette semble repoussé en dehors. Il est plus saillant qu'à l'ordinaire, mais présente, autant du moins qu'on peut en juger, sa conformation anatomique normale.

Le résultat de ce premier examen tout extérieur est donc qu'il existe entre l'œil, le nez, l'os de la pommette, une tumeur qui s'est développée dans tous les sens, qui a repoussé en rayonnant chacune de ces parties, et qui a fait saillie surtout en avant, où elle trouvait moins d'obstacle.

Que si nous passons maintenant à l'examen des parties pro-

fondes à l'aide des moyens d'investigation dont nous disposons, voici les faits que nous pouvons constater.

En faisant ouvrir la bouche au malade, on voit d'abord que la voûte palatine est saine; le rebord alvéolaire intact, muni de ses dents qui ont conservé toute leur solidité; les fonctions de mastication et de déglutition s'opèrent en toute liberté. Cette intégrité de la voûte palatine est un signe qui nous apprend que le rayonnement de la tumeur, si marqué dans tous les sens à la partie supérieure de l'os maxillaire, n'a pas atteint la face inférieure de l'antre d'Hygmore.

Du côté des fosses nasales, les choses ne sont pas aussi simples.

D'abord la voix est nasonnée; elle ne l'était pas avant l'invasion de la maladie.

En second lieu, la respiration devient extrêmement pénible dès que l'on ferme la bouche; la narine droite paraît complétement oblitérée, et la narine gauche presque complétement, probablement par la déviation de la cloison.

Enfin l'odorat est complétement perdu du côté droit.

Ce sont là autant de présomptions que la narine du côté droit est envahie par la maladie. Voici des faits plus certains.

En renversant la tête du malade et en regardant au grand jour le fond de cette narine, on aperçoit un corps noir immobile qui ressemble assez à un os nécrosé.

Une sonde métallique portée sur ce point donne une sensation de dureté très appréciable, et fait entendre un petit son très net, très clair, et comparable en tous points à celui que donne le contact d'une sonde et d'un calcul vésical de la plus dure espèce.

De plus, le doigt plongé dans l'arrière-bouche, relevé derrière le voile du palais, sent au niveau de la fosse nasale droite une tumeur semblable dure et dénudée.

Du reste, l'état général du malade est bon; il n'y a aucune apparence de cachexie; les digestions sont bonnes et l'appétit est conservé.

Après de tels antécédents, en présence des signes et des symptômes que je viens d'énumérer, j'ai dû me demander à quel genre d'affection j'avais affaire.

L'existence d'une tumeur, le siége de cette tumeur dans la partie supérieure de l'os maxillaire supérieur, le développement excentrique de cette tumeur, ressortaient trop évidemment de l'examen que je viens de rappeler pour qu'il me fût permis d'élever le moindre doute à ce sujet.

Restait un point essentiel du diagnostic à déterminer, la nature de la tumeur.

Était-ce un ostéosarcome ? Cette opinion n'a pour elle que l'existence de quelques douleurs lancinantes et dont la nature même n'a pu être rigoureusement déterminée par le malade.

Contre elle, au contraire, s'élèvent une foule de faits.

La tumeur date de trois ans et elle n'a entraîné aucune apparence de cachexie, pas d'ulcération de ramollissement local, pas d'engorgement ganglionnaire. Elle a été lente dans sa marche; elle a respecté la voûte palatine. Dans tous les points où l'on peut l'atteindre, elle a conservé la dureté pierreuse, etc.

Serait-ce un polype du sinus? Mais un polype, en se développant, eût repoussé toutes les parois d'une manière égale, uniforme; la paroi inférieure de la voûte palatine n'eût pas été épargnée; la consistance des parties de la tumeur accessibles à nos instruments eût été moins dure, moins caractéristique.

J'ai dit caractéristique : c'est qu'en effet, la seule idée qui venait en présence de cette sensation de dureté était celle d'une tumeur uniformément éburnée, d'une production osseuse ayant son point de départ dans les portions supérieures de l'os, et de

là s'irradiant en haut, en bas, sur les côtés, envahissant le plancher de l'orbite, la paroi externe des fosses nasales, ayant atteint encore l'apophyse montante, et peut-être même la lame perpendiculaire et les cellules de l'ethmoïde, mais ayant encore respecté en bas la paroi inférieure du sinus, comme l'atteste l'intégrité de l'arcade dentaire et de la voûte palatine.

Maintenant, dans l'intérieur de cette tumeur osseuse, y a-t-il une production d'une nature différente, cartilagineuse, gélatineuse ? y a-t-il un centre tendant à la dégénérescence cancéreuse, comme le pourraient faire soupçonner les douleurs lancinantes qui ont été mentionnées ? Ce sont là autant de particularités que l'opération ou l'évolution naturelle de la tumeur peuvent seules faire connaître.

La maladie ainsi étudiée, le diagnostic ainsi posé, restait une question très importante à résoudre : fallait-il opérer ou s'abstenir?

Confessons-le d'abord, l'opinion si formellement émise par nos habiles confrères de Lyon avait un instant jeté du doute dans mon esprit. J'observais d'ailleurs que la tumeur était bénigne, que ses progrès étaient lents, que la vie du malade n'était pas immédiatement menacée, et j'hésitais quand je songeais auxdifficultés de l'opération, aux dangers qu'elle présentait dans le voisinage immédiat de la base du crâne et du cerveau.

Cependant le malade réclamait chaque jour l'opération. Si lents que fussent les progrès du mal, il était évident que la difformité irait toujours croissant ; que cette existence devenait insupportable pour un jeune homme ; que d'ailleurs les organes essentiels à la vie devaient être fatalement atteints dans un temps déterminé ; que la bénignité de la nature de la tumeur était au contraire une excellente condition, puisqu'elle nous garantissait à peu près de toute récidive.

En présence de ces réflexions, et après avoir présenté notre malade à la Société de chirurgie et pris les conseils des membres qui voulurent bien l'examiner, nous nous décidâmes définitivement à l'opération.

Celle-ci fut pratiquée le 7 janvier 1850.

MM. Denonvilliers et Gosselin voulurent bien nous prêter leur assistance. M. le professeur Laugier était aussi présent.

Le malade est couché la tête soulevée et tournée de façon à présenter le côté malade à l'opérateur. La longueur présumée de l'opération, les accidents qui pourraient résulter de la chute du sang dans l'arrière-bouche pendant le sommeil, font rejeter l'emploi des anesthésiques.

Armé d'un bistouri convexe, je fais une première incision, qui, partant à peu près du milieu de l'intervalle qui existe entre l'œil droit et le nez, va se terminer à 1 centimètre en dedans de la commissure droite labiale.

Une seconde incision dont l'extrémité supérieure est distante de 2 centimètres de l'angle externe de l'œil va se terminer à la commissure même. De cette façon j'obtiens une incision en V ouvert en haut et dont l'angle inférieur est légèrement tronqué Je dissèque ce lambeau en le renversant de bas en haut et en rasant l'os jusqu'au niveau de la base de l'orbite. Quelques artères donnent du sang pendant ce temps de l'opération, et sont liées.

L'aile de la narine et la portion de lèvre voisine sont aussi relevées. Je rugine rapidement alors les os, afin que l'action des instruments ne soit nullement gênée, et je mets ainsi à nu la face antérieure de l'os maxillaire supérieur, repoussée fortement en avant.

J'applique alors la scie à molette, de façon à diviser horizontalement l'os maxillaire supérieur depuis le bord inférieur de l'orifice antérieur des fosses nasales jusque dans la fosse ptérygo-

maxillaire, en passant au-dessous de la tubérosité maxillaire.

Un second trait de scie divise l'os malaire de sa face externe à la fente sphéno-maxillaire.

Avec la gouge et le maillet, je sépare l'apophyse montante du maxillaire supérieur de l'apophyse orbitaire externe du frontal et de l'os propre du nez. De cette façon l'os maxillaire supérieur, moins l'arcade dentaire et la voûte palatine, n'est plus retenu que par son articulation avec l'ethmoïde et l'unguis, articulation qui offre peu de résistance.

Pour ébranler et enlever l'os maxillaire et la tumeur qu'il contient dans son sinus, j'essaie d'abord un davier très solide, mais l'instrument glisse à chaque instant ; je parviens à le fixer cependant, mais l'os résiste aux efforts d'ébranlement les plus vigoureux.

Je reporte alors la scie à molette dans l'incision inférieure, je la fais agir plus profondément, et j'essaie de nouveau d'ébranler l'os sans obtenir plus de succès.

Avec la gouge et le marteau je cherche à séparer plus complétement l'apophyse montante dont le volume et la densité sont considérablement accrus, puis j'applique une pince de Liston sur la partie interne et supérieure de l'os. Pour disposer d'une plus grande force, je la serre avec l'étau à main ; les branches de l'instrument fléchissent et se brisent en éclats.

Je porte alors la scie à molette sur ces mêmes parties, mais la scie, après quelques tours, arrive sur des portions d'os tellement dures, qu'il m'est impossible d'aller plus loin.

M. Charrière, dont le dévouement chirurgical est bien connu, nous avait heureusement apporté tout un arsenal.

Je pris alors des pinces de Liston très volumineuses, très résistantes, et enfin sous la pression de l'étau, la paroi antérieure du sinus maxillaire se brisa tout à coup. Cette paroi, qui avait

résisté aux précédentes tentatives d'ébranlement, offre une épaisseur considérable.

Enfin, j'ai devant les yeux une large brèche faite à la paroi antérieure du sinus, à travers laquelle j'aperçois la tumeur dure, osseuse, qu'il contient. Mais cette tumeur est immobile, comme enclavée profondément dans le sinus. Par la face qu'elle présente, elle est irrégulière, légèrement bosselée, d'une consistance éburnée.

Cette ouverture, que j'avais obtenue pour ainsi dire sans le vouloir, dut faire immédiatement changer mon plan d'opération. La tumeur était ainsi mise en évidence, son extraction paraissait possible; c'est sur elle que je dus tourner tous mes moyens d'action.

Avec la gouge, la pince, et même la scie, j'agrandis d'abord l'ouverture.

Puis avec une peine infinie et après plusieurs essais infructueux, je parviens à saisir la tumeur solidement. Je redouble d'efforts pour lui communiquer quelques mouvements, et j'obtiens à peine un petit ébranlement presque insensible.

J'agrandis encore l'ouverture, je saisis de nouveau la tumeur, je l'ébranle violemment dans tous les sens ; elle cède enfin, et un dernier effort l'attire du fond du sinus où elle était enclavée et l'amène à l'extérieur.

Cette lutte de toutes les ressources de la chirurgie contre la tumeur a duré une heure six minutes.

Pendant tout ce temps le courage de l'opéré a été admirable, à peine a-t-on entendu quelques cris plaintifs; il commandait lui-même la manœuvre opératoire, demandait du repos quand il en avait besoin, et donnait bientôt lui-même le signal pour recommencer.

L'opération à peine terminée, le malade se lève sur son séant, et par un effort énergique d'expiration nasale et d'ex-

puition, il se débarrasse du sang accumulé dans l'arrière-bouche.

A la place de la tumeur on voit maintenant une vaste cavité capable de contenir une pomme du plus gros volume. C'est ce qui reste du sinus maxillaire, dont une partie envahie par la tumeur a été emportée avec elle, et dont l'autre a été refoulée dans tous les sens par son développement.

De ces parois, en effet, l'antérieure a été enlevée par l'opération. La supérieure, c'est-à-dire, le plancher de l'orbite, et l'interne ou la paroi des fosses nasales, ont suivi la tumeur avec laquelle elles faisaient corps ; restent donc la paroi externe et postérieure profondément refoulée, et la paroi inférieure ou palatine tout à fait intacte.

A peine l'extraction de la tumeur est-elle terminée, que l'œil se retire au fond de l'orbite. Il avait perdu droit de domicile par les empiétements de la maladie, il le reprend. Les paupières le recouvrent complétement, et la conjonctive, qui était très injectée, semble immédiatement pâlir un peu.

Avant de procéder au pansement, je parcours avec le doigt toute l'étendue de la plaie, j'enlève quelques portions d'os saillantes ou à moitié arrachées.

La cavité contient très peu de sang ; j'absterge avec soin le fond de la plaie et les bords du lambeau. Il y a bien encore quelques petites artérioles qui donnent du sang sur ces bords, mais la compression déterminée par la suture sera très suffisante pour arrêter l'hémorrhagie.

Je fais la suture entortillée : cinq épingles sont placées sur la branche interne du V produit par les incisions, et sept sur la branche externe.

Les bords sont ainsi parfaitement affrontés.

Une simple compresse trempée dans l'eau fraîche est appliquée sur le tout, et le malade est reporté à son lit.

La tumeur enlevée par cette laborieuse opération offre dans un sens $0^m,195$ de circonférence, et dans l'autre $0^m,205$ sur sa coupe : elle donne $0^m,065$ dans sa largeur, et $0^m,075$ dans sa hauteur. Elle pèse 120 grammes ; elle est inégalement arrondie, aplatie dans son diamètre antéro-postérieur ; elle présente assez grossièrement la forme d'un cœur ; elle est mamelonnée, offrant des anfractuosités bien plus considérables à sa face postérieure qu'à l'antérieure.

A la face postérieure se voit une portion placée dans un enfoncement. Cette portion est très mobile, n'est retenue contre la tumeur que par des débris des parties molles. On trouve quelques autres petits grains moins volumineux retenus en d'autres points de la même manière.

Son extrémité interne présente une coloration grise assez prononcée ; cette extrémité se trouvait en effet dans la fosse nasale dont elle avait complétement détruit la paroi externe, et était complétement à nu.

A la partie antérieure de cette portion grise on aperçoit une entaille faite par la scie à molette pendant l'opération.

A la partie supérieure est une excavation profonde qui était comblée par un certain nombre de petits fragments surajoutés. C'est sur cette partie que reposait l'œil.

Tout autour de la tumeur, sauf à l'extrémité grise qui proéminait dans la fosse nasale et au niveau de la partie supérieure qui correspond à l'orbite, on trouve les débris d'une membrane molle, probablement la muqueuse du sinus qui enveloppe la tumeur de toutes parts.

La tumeur a été sciée ; la coupe présente l'aspect à veines serrées et concentriques de l'ivoire. Elle semble formée de couches concentriques ; sa couleur est d'un blanc jaunâtre.

Le contour est irrégulier et présente des sillons dont les uns s'avancent vers le centre dans une étendue de $0^m,02$, $0^m,01$ et

moins, dont les autres circonscrivent plus ou moins complétement des petites portions de même structure surajoutées à la tumeur. A la partie supérieure de la coupe, le contour forme un angle rentrant profond. C'est l'excavation dont j'ai parlé déjà comme ayant formé le plancher de l'orbite.

La substance qui compose la tumeur, ayant été examinée au microscope par M. Ch. Robin, n'a absolument donné que les éléments du système osseux.

7 janvier, jour de l'opération :

La fosse nasale droite de l'opéré est maintenant formée par l'énorme cavité d'où l'on a retiré la tumeur.

Il s'amasse dans cette cavité une certaine quantité de sang provenant des petits vaisseaux déchirés dans l'opération. Ce sang s'écoule par la narine droite en assez grande abondance ; l'opéré rend aussi du sang par la bouche à chaque instant ; c'est du sang qui vient aussi de la cavité et de la fosse nasale et qui tombe dans l'arrière-bouche.

Mais en somme, ces pertes de sang ne sont pas assez fortes pour causer de sérieuses inquiétudes.

Elles produisent toutefois un fâcheux effet ; les efforts réitérés de sputation que fait le malade poussent de l'air dans la cavité ; la peau se tend et les sutures sont tiraillées, ce qui fait éprouver au malade des douleurs assez vives ; il évite alors de cracher ; le sang coule dans le pharynx et est avalé. De là une indigestion avec angoisses douloureuses, nausées, vomissements. — Sinapismes, tilleul, oranger ; potion calmante pour la nuit. La nuit est agitée néanmoins ; les nausées et les efforts de vomissement se reproduisent par intervalles.

8 janvier. Fièvre modérée, rougeur érythémateuse de la peau. Aucune menace de gangrène ; loin de là, le lambeau présente une sorte de turgescence vitale. La narine droite est bouchée par un caillot que je détache en partie. Je soulève la pau-

pière supérieure : l'œil est intact, retiré en arrière, et distingue parfaitement les objets placés devant lui. — Sinapismes, julep diacodé ; lait, bouillon. Le soir, la fièvre est plus forte ; la chaleur de la peau un peu augmentée. Le malade éprouve un sentiment de prostration assez marqué ; il crache toujours du sang, mais en moindre quantité.

9 janvier. Le lambeau offre une tuméfaction assez grande et un peu de rougeur ; la fièvre n'est pas plus forte. J'enlève complétement le caillot qui obstrue la narine, et j'introduis une sonde de gomme élastique par cet orifice jusque dans le pharynx ; je fais souffler le malade ; le souffle fait soulever toute la paroi antérieure de la cavité formée par le lambeau rabattu, ce qui indique suffisamment que la cavité n'est pas remplie de caillots ; cette même paroi s'affaisse pendant l'inspiration, comme elle se soulève pendant l'expiration, ce qui détermine un mouvement de soufflet très apparent.

10 janvier. J'enlève la cinquième épingle de chaque branche du V. Au moment où j'enlève celle de la branche interne, il se fait un suintement sanguinolent par les trous qu'elle a produits. Il y a de la céphalalgie, mais une fièvre très modérée. — Même prescription.

11 janvier. Même état que la veille. J'enlève les épingles qui restent en procédant de haut en bas, et en laissant les fils en place ; la céphalalgie a diminué ; très peu de fièvre ; recommandation expresse de ne pas parler.

12 janvier. Le malade a été agité pendant la nuit ; son pouls est plus fréquent que la veille ; il se plaint de céphalalgie, de bourdonnements d'oreilles, de chaleur très grande à la face et de cuisson à la peau du visage. Le nez est tuméfié, surtout dans son tiers supérieur ; le gonflement s'étend sur la joue *gauche*, un peu sur la joue droite, sur le front à une hauteur de 2 à 3 centimètres ; la peau est lisse, luisante ; au-dessous de l'œil gauche

on voit sur la joue quelques phlyctènes. Les paupières des deux yeux sont un peu œdématiées ; la couleur est rose pâle et jaunâtre. La pression du doigt cause de la douleur, et en même temps une dépression de la peau qui revient lentement sur elle-même. — Même tisane ; bouillon léger le matin ; limonade purgative ; trois pédiluves sinapisés.

Le soir, l'érysipèle a fait des progrès sur la joue gauche, où il a atteint l'oreille ; sur le front où il a gagné le cuir chevelu. Du côté droit il n'a fait aucun progrès ; les bords suturés sont parfaitement agglutinés ; le malade a vomi une partie de sa limonade purgative ; la céphalalgie, les bourdonnements d'oreilles persistent ; il s'écoule un peu de pus par le conduit auditif gauche.

13 janvier. Le malade a eu pendant la nuit trois ou quatre selles brun noirâtre ; cette coloration est due au sang que le malade a avalé et qui a franchi le pylore ; il s'est senti soulagé ; il y a moins de fièvre, les autres symptômes ont aussi diminué. L'érysipèle paraît moins intense du côté de la face, mais il s'étend au cuir chevelu. — Un pot de limonade cuite, et même prescription.

14 janvier. L'érysipèle a presque cessé à la face ; il persiste encore au cuir chevelu, mais avec moins d'intensité. Le malade a bien dormi cette nuit ; l'écoulement par l'oreille continue, l'ouïe est obtuse de ce côté. En outre, le malade crache un peu de pus sanguinolent, fétide, qui provient de sa cavité.

15 janvier. J'absterge avec de l'eau tiède les paupières qui sont agglutinées par l'humeur de Meibomius ; alors le malade peut ouvrir lui-même les paupières. L'œil droit est sain et distingue parfaitement les objets.

16 janvier. J'enlève les fils de la suture ; la réunion de toute la branche interne du V est complétement linéaire. Il en est de même de la moitié supérieure de la branche externe. Dans la

moitié inférieure le lambeau est un peu saillant ; là il y a de la tuméfaction inflammatoire ; la portion du bord de lèvre comprise entre les deux branches du V est de niveau avec la partie attenante du bord de cette lèvre ; le lambeau offre une légère excavation à 1 pouce au-dessous de l'œil ; il fait toujours le mouvement de soufflet. L'œil exécute tous les mouvements physiologiques ; il n'éprouve de douleur que quand il les exagère. Je fais souffler le malade par la narine droite, il éteint une lumière placée à 2 ou 3 décimètres de distance ; le souffle se fait toujours difficilement à travers la narine gauche. Le crachement de pus diminue chaque jour. — Potages.

Il serait maintenant inutile et fastidieux de suivre jour par jour le malade.

L'érysipèle disparaît bientôt complétement. Le 18 janvier, il n'en reste plus de traces ; le pouls revient pour toujours à son rhythme normal ; la cicatrice devient linéaire dans toute son étendue ; le lambeau commence à faire une petite saillie au-dessus des lignes cicatricielles qui l'environnent.

Nous croyons utile, pour donner une idée plus juste des diverses phases de la convalescence, de donner un examen complet de l'état du malade, à des intervalles assez éloignés.

Ainsi, le 25 janvier, le malade reprend chaque jour des forces ; les parties s'affermissent ; le mouvement de soufflet diminue beaucoup. La pression directe sur le lambeau n'excite aucune douleur ; il a pris une consistance toute particulière et qui résiste au doigt qui le presse.

Si, avec une épingle, on cherche la sensibilité sur le lambeau, on trouve qu'elle est abolie ; elle l'est aussi sur la lèvre, en dedans du lambeau jusque près de la ligne médiane.

La motricité est aussi abolie dans les nerfs qui se distribuent au lambeau, car dans les mouvements de la bouche la commissure droite reste presque immobile ; dans l'état de repos il y

a une légère diduction permanente de la commissure gauche.

Le lambeau est un peu gonflé, la peau qui le recouvre offre la même coloration que celle des parties voisines ; la plaie de la fistule lacrymale a beaucoup diminué, mais donne toujours passage à une petite quantité de pus.

L'œil droit est plus couvert par ses paupières et paraît plus enfoncé que l'œil gauche. Il exécute tous les mouvements possibles sans que le malade éprouve la moindre douleur.

Dans la bouche on aperçoit, en relevant la lèvre, au fond du sillon labio-gingival, au-dessus de la canine, un pertuis qui a 1 centimètre de long sur 2 millimètres de haut, et qui donne passage chaque jour à une quantité assez notable de pus.

La seconde incisive, la canine, les deux premières molaires, vacillent un peu quand on les touche, aussi le malade ne peut-il pas manger de ce côté.

Si on le fait souffler par la narine droite, l'air sort avec bruit ; par la narine gauche il commence également à sortir ; le malade peut dormir la bouche fermée, ce qui lui était complétement impossible avant l'opération.

Si, pendant qu'il parle, on appuie les doigts sur la joue droite, on sent un retentissement de la voix beaucoup plus grand que du côté gauche.

L'écoulement puriforme par l'oreille gauche n'a pas complétement cessé.

Le malade est à une portion.

Le 4 février, la plaie de la fistule lacrymale n'est point encore guérie. On la touche avec le crayon de nitrate d'argent.

L'état général du malade est aussi satisfaisant que possible ; il a un grand appétit, il reprend des forces.

L'os malaire qui avait été scié a perdu sous la peau ses formes anguleuses. Si l'on presse sur le lambeau, la résistance est presque aussi considérable que sur la joue du côté opposé ; la

peau a perdu de son élasticité en ce point; elle paraît épaissie.

La joue est séparée de la paupière par un sillon assez profond, descendant du grand angle de l'œil très obliquement en dehors et en bas. Au-dessus de ce sillon, la résistance n'existe plus; là la peau s'enfonce sous le doigt; le nez offre une largeur considérable dans son milieu et semble épaté, surtout du côté de l'opération.

Les deux yeux sont situés sur le même plan horizontal et un même espace les sépare du nez. L'œil droit est moins ouvert que le gauche; il paraît un peu plus enfoncé, exécute facilement et sans douleur tous les mouvements.

La bouche n'est pas régulière; la commissure gauche est tirée en haut et en arrière; elle est immobile, ce qui devient très sensible lorsque le malade parle, et surtout quand il rit.

A l'endroit où la branche interne du V vient tomber sur la lèvre, il y a une petite rainure antéro-postérieure, une sorte d'encoche ou de petit bec-de-lièvre.

Les dents ont repris un peu de solidité.

Il ne sort plus de pus par l'oreille; l'ouïe a recouvré son intégrité.

Mais le malade a rendu hier matin par le nez trois petits fragments osseux, soit quelques portions oubliées dans l'opération, soit quelques points détachés depuis par nécrose.

Les jours suivants, il se produit de l'œdème de la joue et de la paupière; cet œdème augmente la profondeur du sillon qui sépare l'œil de la joue. Du reste, la résistance des parties profondes de la joue ne fait que s'accroître.

L'œdème est complétement indolent et la santé générale du malade ne s'en ressent en aucune façon.

Le 8 février, je retire encore un petit fragment osseux qui se présente au pertuis qui existe dans le sillon gingivo-labial.

Le malade continue à cracher du pus qui sort par ce pertuis;

il s'en écoule aussi par la narine droite ; il s'écoule aussi par cette narine un liquide très clair, et cet écoulement a lieu surtout au moment des repas du malade. Sitôt qu'il commence à mâcher, il sort une quantité assez considérable de liquide transparent, et l'écoulement cesse au bout de quelques instants.

L'œdème est le phénomène le plus intéressant que présente le malade ; cet œdème augmente jusque vers le 24 février. Il a pour résultat de tirer en haut la portion de lèvre formant l'angle inférieur du lambeau, et l'angle rentrant qui existe sur le bord de la lèvre au niveau de la branche interne du V.

Quand le malade a la bouche fermée naturellement, on aperçoit un peu ses dents près de la commissure.

Quelques cataplasmes sont appliqués sur la joue, puis une compression méthodique est exercée à partir du 25 février. Dans la nuit du 25 au 26, il sort par la narine un fragment d'os présentant la forme quadrilatère, trapézoïde, ayant 2 centimètres de long sur presque autant de large, et 1 millimètre d'épaisseur, et sur les faces duquel la scie a laissé des traces très reconnaissables.

Les 26, 27 et jours suivants, on continue la compression ; la tuméfaction diminue rapidement et disparaît à peu près.

La cloison des fosses nasales tend chaque jour à reprendre sa direction verticale ; le malade souffle facilement par la narine gauche ; l'air sort toujours de la narine droite avec retentissement.

Enfin le 5 mars 1850, jour que le malade a été présenté à la Société de chirurgie, voici ce que l'on observe :

L'état général est parfait, le malade mange quatre portions ; il sort et se promène toute la journée, il dort bien et toutes les fonctions ont repris leur accomplissement physiologique.

Pour quiconque a vu le malade avant l'opération qu'il a subie, il n'est point reconnaissable. Dans l'ensemble, ce n'est plus le

même visage; dans les détails, chaque trait est changé complétement. Ce n'est pas qu'il ne reste plus de traces de l'opération, car le lambeau est encore saillant, et comme nous allons le voir, ce n'est pas le seul vestige qui reste; mais l'œil qui avait subi cette exophthalmie de plus de 1 centimètre et demi a repris possession de l'orbite; la joue projetée par le développement de la tumeur a changé d'aspect, non moins que le nez et la bouche.

La suture est complétement linéaire dans toute son étendue; elle serait parfaite si la tuméfaction du lambeau d'une part, et de l'autre la rétraction cicatricielle elle-même, n'avaient attiré en haut la portion de lèvre comprise entre les deux branches de l'incision et déformé le contour de la lèvre supérieure.

Le lambeau présente, comme je viens de le dire, une sorte de boursouflement qui, du reste, est moins marqué que ces jours derniers, avant l'issue de la dernière esquille.

Le sillon de séparation oblique entre l'œil et la joue existe toujours; il descend obliquement en bas en circonscrivant la paupière inférieure.

A l'extrémité supérieure de ce sillon, on aperçoit encore un petit pertuis provenant de la plaie de la fistule qui n'est pas encore complétement oblitérée.

Au-dessous du sillon, si l'on presse avec le doigt, on ne détermine aucune douleur, et l'on sent une résistance presque osseuse qui s'oppose à l'enfoncement de la joue.

Au-dessus du sillon, la paupière se laisse enfoncer sous la pression du doigt; et si l'on appuie avec une force modérée, le malade sent une douleur sourde qui force à cesser la pression.

La peau de la joue a conservé son insensibilité au-dessous du sillon entre les deux branches du V. Une petite portion de la lèvre supérieure en dedans du lambeau est aussi insensible.

La sensibilité se retrouve au niveau de la paupière inférieure et des faces latérales du nez.

Les deux yeux sont sur le même plan horizontal, le droit peut-être un peu plus enfoncé; leurs fonctions s'exécutent bien et ensemble; leurs mouvements sont coordonnés; les milieux ont la même transparence.

Seulement chaque œil pris isolément présente quelques particularités remarquables.

Ainsi, dans une position fixe de la tête, l'œil droit s'exerçant seul voit les objets à peu près 7 pouces au-dessus du lieu où l'œil gauche les aperçoit, ce qui laisse un reste de diplopie; le malade voit toujours une sorte de dédoublement, peu marqué du reste, à la partie supérieure des objets. De plus, la distance de la vue distincte est beaucoup plus grande du côté gauche que du côté droit.

Le nez est très large en haut et au milieu; en bas il offre une conformation régulière; en haut il existe du côté droit, en dedans du grand angle de l'œil, une sorte de boursouflement qui se continue avec celui de la joue, et donne la même sensation de résistance.

Au milieu du nez, si on le presse avec les doigts, on sent sous la peau du côté gauche l'os propre du nez qui avait été dévié lors du développement de la tumeur, et qui n'a point repris sa position; la respiration se fait bien par les deux narines, mais plus facilement par la droite.

Si l'on ferme la bouche et les deux narines du malade, et qu'on le fasse souffler avec force, il éprouve, dit-il, une sensation de soulèvement dans l'œil; ce soulèvement est inappréciable d'ailleurs pour l'observateur. Le mouvement de soufflet qui se communiquait à la joue n'existe plus; les tissus restent immobiles dans l'inspiration et l'expiration.

L'olfaction est à peu près nulle; le malade avoue qu'il ne

sent rien. Il sort toujours par la narine droite un liquide transparent au moment de la mastication; l'écoulement du pus a complétement cessé.

Le contour de la bouche n'est pas parfaitement régulier.

Les deux incisions tirent un peu en haut et en arrière la partie droite de la lèvre; l'incision interne se termine sur la lèvre par un petit bec-de-lièvre, en sorte que les dents sont un peu dénudées au niveau de cette commissure; les dents sont un peu vacillantes. Quand le malade rit ou parle, la portion droite de la lèvre supérieure reste immobile; le malade ne peut ni l'abaisser ni la relever.

Les muqueuses labiale et gingivale sont insensibles en cet endroit, et au fond du sillon gingivo-labial se trouve toujours le pertuis dont nous avons parlé et qui laisse encore écouler du pus en petite quantité.

En y introduisant la pulpe de l'index, on arrive à sentir le bord de l'os maxillaire qui a été scié et le sommet de la racine de la canine.

Le sens du goût est obtus, mais le malade croit remarquer qu'il est plus développé depuis l'opération.

La voix est forte et légèrement nasonnée; du reste, sous ce rapport, il y a une grande différence entre ce qu'elle est aujourd'hui et ce qu'elle était avant l'opération.

Quand le malade parle, si l'on appuie la main sur la joue droite, on éprouve un retentissement immédiat qu'on ne sent pas du côté gauche; la résonnance paraît aussi bien plus forte, si l'on ausculte, pendant que le malade parle, alternativement les deux joues.

La déglutition se fait parfaitement comme elle s'est toujours faite.

RÉFLEXIONS.

Les développements dans lesquels je suis entré devraient me dispenser d'ajouter à une observation déjà trop longue; l'importance des détails ne m'a pas permis de l'abréger, et je voudrais encore en terminant vous soumettre quelques réflexions sur des points importants ou qui ont pu soulever quelques controverses.

Je vous prie de remarquer que c'est là une opération exceptionnelle qui n'a pas, je crois, d'antécédent dans la science : on a bien enlevé des maxillaires supérieurs, mais jamais, que je sache, on n'a fait une résection de la partie supérieure de cet os, en ménageant tout ce qui tient à la voûte protectrice de la bouche.

Les avantages qui résultent de cette manière de faire sont trop incontestables pour que je m'appesantisse davantage sur ce point.

Je suis donc convaincu que ma conduite devra dans la suite et pourra être imitée.

Mais ces avantages, je dois le dire, j'ai dû les acheter au prix de bien des peines, de bien des obstacles, de bien des souffrances de la part du malade. C'est ce qui explique la durée de l'opération, une heure et quelques minutes, en y comprenant les temps de repos presque aussi nécessaires au chirurgien qu'au malade.

Cette durée, j'en suis bien sûr, ne surprendra pas ceux qui, ayant assisté à l'opération, en ont touché une à une toutes les difficultés, ni ceux qui, comme vous l'avez fait, ayant examiné attentivement le malade, peuvent comparer l'état actuel avec le passé, en tenant compte du volume, de la forme, de la dureté de la tumeur, de ses connexions avec les os, de son profond enclavement dans les cavités.

On peut seulement alors comprendre tout le temps qu'il a fallu pour exécuter une semblable opération, non seulement en ne faisant pas de délabrement trop considérable, mais en ménageant au contraire des organes très importants qui semblaient se placer naturellement sous l'instrument du chirurgien.

Je le répète, ce n'est point là une simple ablation de maxillaire : il y aurait évidemment méprise ou erreur de la part de ceux qui voudraient comparer entre elles deux opérations entièrement dissemblables dans leur objet, leur exécution et leurs résultats, et qui voudraient que la durée fût la même pour toutes les deux.

Quelques uns me demanderont peut-être pourquoi, en présence d'une opération si douloureuse, j'ai omis de me servir des moyens anesthésiques que la chirurgie moderne possède à sa disposition.

J'ai été guidé dans cette omission très volontaire, par deux motifs que comprendront très bien tous ceux qui, n'ayant point d'idées préconçues ou absolues, n'appliquent à chaque cas que ce qui est nécessaire ou utile.

1° J'étais convaincu, j'avais surabondamment démontré avant l'opération, qu'elle serait excessivement longue ; l'éthérisation ne pouvait donc être raisonnablement employée que dans le début de l'opération, et dès lors son but principal était manqué, puisqu'on ne pouvait soustraire que momentanément le malade aux douleurs qu'il allait subir.

2° Pour l'exécution de l'opération comme pour l'innocuité de l'éthérisation, le malade devait garder la position couchée; dans cette position je devais tout craindre d'une opération qui, pénétrant dans les fosses nasales et l'arrière-bouche, exposait le malade à périr d'asphyxie par des flots de sang introduits dans le larynx. Je ne veux, pour preuve de la justesse de mon assertion, que les efforts de toux et d'expuition continuels du

malade pendant toute la durée de l'opération, et l'énergie et la promptitude avec lesquelles il s'est levé sur son séant dès qu'elle a été terminée, pour se débarrasser de tout le sang qu'il avait dans la gorge.

3° Enfin, une réflexion qui ne vous aura point échappé en examinant notre malade guéri, c'est ce travail merveilleux de rétraction, d'épaississement de la joue, auparavant flasque, amincie et distendue, aujourd'hui ferme et résistante, au point de masquer et de faire disparaître presque entièrement la brèche qu'il avait fallu faire pour extraire la tumeur.

Ce retrait a amené une inégalité sur le bord libre de la lèvre supérieure; j'aurais, je pense, évité cet inconvénient, si, comme j'en avais d'abord le projet, j'avais réuni les deux incisions à angle aigu à la commissure des lèvres.

Cette observation m'a paru digne de votre intérêt; je vous en devais d'ailleurs la communication à titre de remercîments, pour les bons avis que j'avais reçus dans la Société, mais j'ai tenu à ne vous la présenter que lorsque j'ai pu vous ramener le malade complétement guéri.

FIN DU TOME DEUXIÈME.

EXPLICATION DE LA PLANCHE.

Fig. 1re. Coupe transversale de la tumeur montrant des couches concentriques d'un tissu éburné.

Fig. 2. Surface de la tumeur, avec ses inégalités et ses mamelons de tissu osseux.

Fig. 3. Tranche mince de tissu osseux, vue au microscope avec un grossissement de 50 diamètres. Les lignes allongées sont les canalicules du système osseux; les petits corpuscules sont les corpuscules propres à la substance de l'os.

Fig. 4. Une portion de la même figure plus fortement grossie (300 diamètres), et montrant très distinctement surtout les corpuscules osseux.

Fig. 5 et 6. Représentent des coupes fines et polies du tissu osseux.

TABLE DES MATIÈRES

DU DEUXIÈME VOLUME.

Polypes utérins, l'un d'eux expulsé à travers la paroi antérieure de l'utérus et en voie d'expulsion à travers la voie abdominale, par M. J.-N. Loir. 1

Rapport sur le travail de M. Loir, par M. Huguier. 25

De la luxation complète en avant de l'articulation fémoro-tibiale, par M. Deguise fils. 33

Observation d'une communication entre l'artère brachiale et les veines profondes du pli du bras, par M. E. Follin. 52

Rapport sur le travail de M. Follin, par M. Michon. 62

Tumeur variqueuse du scrotum avec dilatation du plexus pampiniforme jusqu'au rein; inflammation et suppuration des veines de la tumeur et du plexus, par M. le docteur Escallier. 66

Rapport sur les observations de M. Escallier, par M. Monod. 84

Du sarcocèle syphilitique. Ses effets sur le testicule et sur la virilité, par le docteur Vidal, de Cassis. 92

Mémoire et observations sur l'électricité appliquée au traitement de la paralysie de la vessie, par M. L.-M. Michon. 101

Note sur le calcul salivaire très volumineux, par le docteur Bassow, de Moscou. . 119

Nouvelle observation pour servir à l'histoire de l'urétroplastie, par M. Ricord. . 121

Squirrhe de la parotide. — Extirpation. — Guérison, par M. Monod. 134

Fracture de la cuisse non consolidée, traitée avec succès, par A. Lenoir. . . . 141

Tumeur fibreuse de la mamelle, par M. H. Larrey. 159

Remarques sur la rupture du vagin, compliquée du passage du fœtus dans la cavité abdominale, et sur les avantages de l'accouchement opéré par les voies naturelles, suivies d'un nouveau cas de guérison, par M. Danyau. 175

Luxation de l'articulation médio-carpienne, en arrière, par M. Maisonneuve. . . 194

Quelques considérations sur l'anatomie chirurgicale de la région mammaire, par J.-A. Giraldès. 198

Quelques points de la contagion médiate de la syphilis, par M. Cullerier. . . . 208

Nature, origine et siége de la grenouillette, par M. Forget. 219
Deux cas remarquables de kystes hydatiques de l'abdomen considéré au point de vue chirurgical, par le docteur G. Goyrand. 235
Deux cas remarquables de kystes hydatiques de l'abdomen considéré au point de vue chirurgical, par le docteur G. Goyrand (suite). 241
Recherches sur la gangrène spontanée et la gangrène sénile, par M. Chassaignac. . 254
Du relâchement pathologique des symphyses du bassin à la suite de l'accouchement, par M. Ferdinand Martin. 274
Rapport sur le travail de M. Ferdinand Martin, par M. Danyau. 285
Mémoire sur les plaies de la vessie par armes à feu, par M. Demarquay. 289
Rapport sur les plaies de la vessie par armes à feu, par M. H. Larrey. 328
Rapport sur un mémoire de M. Boinet, intitulé : Du traitement de l'ascite par les injections iodées, par M. Morel-Lavallée. 377
Mémoire sur deux variétés nouvelles de hernies, par le docteur J. Parise. . . . 399
Rapports sur le travail de M. Parise, par M. Gosselin. 431
Note sur un sujet atteint de deux tumeurs lacrymales, par le docteur Auzias-Turenne.. 446
Du traitement des abcès par congestion, par les injections iodées, par le docteur Boinet. 454
Du cancer et du cancroïde de la peau, par M. H. Lebert. 481
Résection du maxillaire supérieur avec conservation de la voûte palatine et du rebord alvéolaire. — Extraction d'une tumeur osseuse volumineuse développée dans le sinus maxillaire, par M. Michon. 615

WELLCOME LIBRARY INSTITUTE

Imp. Lemercier, à Paris.

Publié par Victor Masson

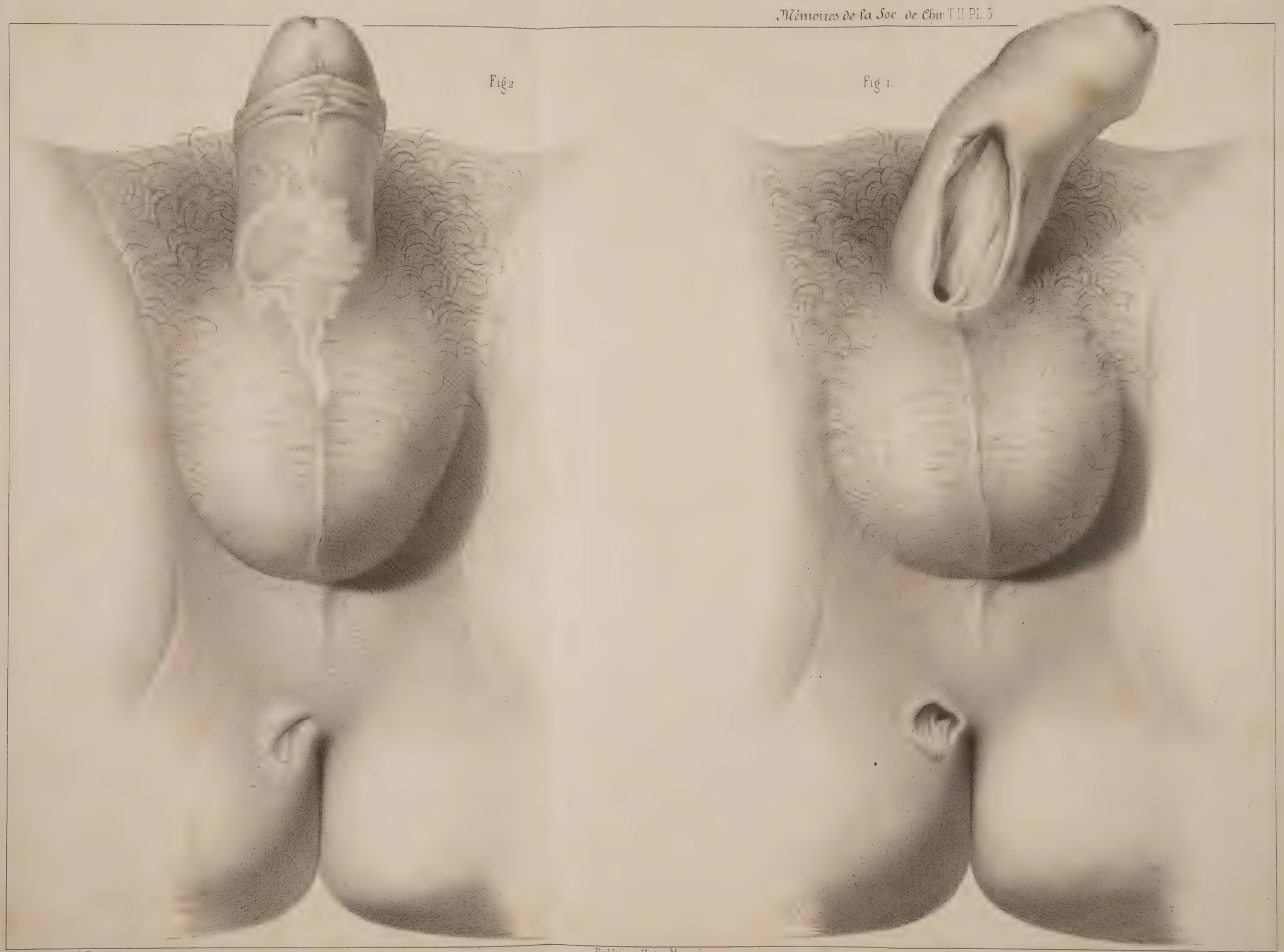
Dessiné et lith. d'après nature par F. Bion

Imp. Lemercier, à Paris

Publié par Victor Masson.

Dessiné et lith d'après nature par F. Bion

URÉTROPLASTIE



Imp. Lemercier, à Paris.
Publié par Victor Masson.
Dessiné et lith. d'après nature par F. Bion

Après la guérison.

Avant l'opération.

Fig. 3.

Fig. 1.

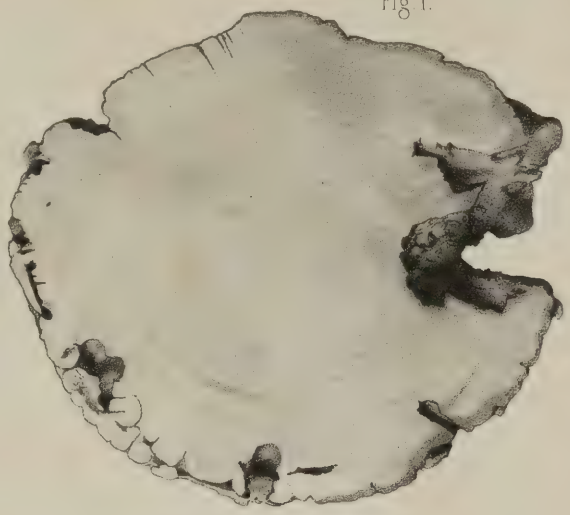


Fig. 6.

Fig. 5.

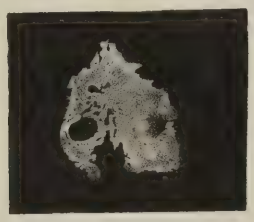
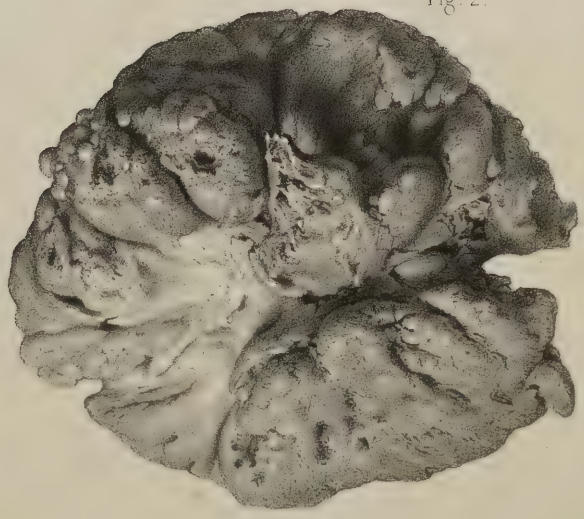


Fig. 4

Fig. 2.



Bion Lith

Paris. Imp. Auguste Bry. 142, r. du Bac.

Les Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris sont publiés dans le format in-4°. Les volumes comprennent de 550 à 600 pages. Des planches sont ajoutées au texte lorsqu'elles sont nécessaires.

Chaque volume est divisé en plusieurs fascicules qui paraissent à des intervalles indéterminés.

Prix du volume. . . . . 20 fr.
Rendu *franco* par la poste. . . 23

Nota. Les Souscripteurs doivent acquitter le prix du volume entier en retirant le premier fascicule.

PARIS. — IMPRIMERIE DE L. MARTINET RUE MIGNON, 2.